



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



## CARTA CLÍNICA

### Tumefacción en región inguinal en varón VIH positivo



### Tumefaction in the inguinal region in an HIV-positive male

#### Introducción

Aunque la mayoría de las úlceras genitales van a ser secundarias a infecciones de transmisión sexual (ITS), también pueden tener una causa no infecciosa (traumática, neoplásica, autoinmunitaria...).

En ocasiones el diagnóstico etiológico es complicado, ya que varios agentes patógenos pueden coexistir. Es fundamental realizar una historia sexual completa, y conocer el periodo de incubación, así como la evolución de cada enfermedad para evitar solicitar pruebas complementarias innecesarias, y demorar el diagnóstico y el tratamiento, lo que conllevaría a un incremento del riesgo de propagación del agente infeccioso.

#### Caso clínico

Varón de 33 años, quien mantiene relaciones sexuales con hombres, VIH positivo en tratamiento con terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) con carga viral indetectable, quien practica coito anal insertivo/receptivo sin preservativo. Consulta en dermatología por 2 úlceras dolorosas, unilaterales, de bordes policíclicos y halo eritematoso en región anal (fig. 1) de 5 días de evolución, asociadas a una tumoración en ingle derecha dolorosa sin sintomatología sistémica acompañante. Se diagnostica clínicamente de herpes genital pautándose valaciclovir. Para confirmación se realiza toma directa de la úlcera para PCR que resulta positiva para VHS, confirmándose el diagnóstico inicial de recurrencia herpética. A los 15 días se reevalúa al paciente y manifiesta persistencia de dolor perianal, pese a la resolución completa de las úlceras, junto a adenopatías inguinales dolorosas bilaterales con crecimiento progresivo. A la semana refiere fiebre y rápido incremento de las lesiones inguinales con supuración purulenta. A la exploración física se objetivan múltiples tumoraciones bilaterales, eritematosas, fluctuantes, separadas por un cordón (fig. 2) Se solicitan

serologías para sífilis (CMIA y RPR) que son negativas y se realiza PCR para *Chlamydia trachomatis* de exudado faríngeo, rectal, uretral y del aspirado de la adenopatía siendo positivo en el recto, uretra y ganglio, así como, cultivo para *Neisseria gonorrhoeae* en medio Thayer-Martin que resulta negativo. Tras obtener una PCR positiva para *Chlamydia trachomatis* rectal, uretral y en la punción aspiración del exudado de la adenopatía se diagnostica de proctitis por *Chlamydia trachomatis*, linfogranuloma venéreo (LGV) y recurrencia herpética. Se pauta doxiciclina 100 mg cada 12 h durante<sup>3</sup> semanas junto a drenaje del material purulento. Ante la falta de mejoría se ha prolongado el fármaco<sup>4</sup> meses con buena respuesta clínica.

#### Discusión

El LGV es una enfermedad de transmisión sexual causada por los serotipos L1-L2-L3 de *Chlamydia trachomatis*. Clásicamente, la incidencia en países industrializados ha sido muy baja, siendo endémica en países tropicales y áreas de África, América del Sur y Asia. Desde que en 2003 se registrara un brote en Rotterdam, Holanda<sup>1</sup>, más de 1.000 casos han sido documentados en Europa, todos en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

El LGV es más frecuente en VIH positivos<sup>2</sup>. La concomitancia con otras infecciones de transmisión sexual también ha sido reportada, por tanto, ante un diagnóstico de LGV es preciso realizar pruebas de cribado para otras ITS<sup>3</sup>.

Dependiendo del lugar de inoculación puede causar enfermedad inguinal caracterizada por linfadenitis cuando asienta en genitales externos o síndrome rectal con proctitis o proctocolitis ulcerosa si es en el canal anal.

Respecto al diagnóstico es preciso la realización de técnicas moleculares. La PCR en tiempo real permite el serotipado de L1-L2-L3<sup>4</sup>. En los centros que no disponen de dicha técnica, puede realizarse PCR para la detección de *Chlamydia trachomatis* en el material de la adenopatía para diferenciar el LGV de las uretritis, estableciendo el diagnóstico tras un resultado positivo y una clínica compatible.

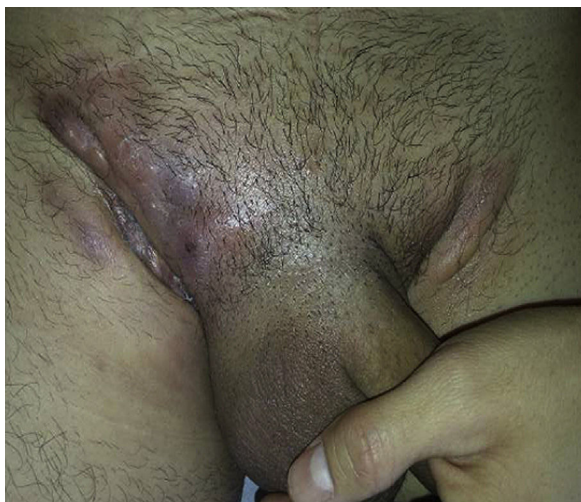
La administración de doxiciclina oral durante 21 días sigue siendo el tratamiento de elección<sup>5</sup>. Aunque la sintomatología suele remitir entre<sup>1-2</sup> semanas es necesario el uso del preservativo en todas las prácticas sexuales hasta finalizar el mismo.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2015.07.016>

1138-3593/© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



**Figura 1** Úlceras dolorosas, unilaterales, de bordes policíclicos y halo eritematoso en región anal.



**Figura 2** Múltiples tumoraciones bilaterales, eritematosas, fluctuantes separadas por un cordón.

Es fundamental el conocimiento de esta enfermedad, puesto que un diagnóstico y tratamiento tardío pueden derivar en complicaciones graves e irreversibles (abscesos, fístulas, fisuras...).

Debemos incluirla en el diagnóstico diferencial de proctitis, úlceras rectales y sintomatología intestinal inespecífica en las relaciones de HSH, pues la sospecha clínica y el diagnóstico precoz evitan otras pruebas y la propagación.

En conclusión, presentamos un caso de relación HSH, VIH positivo con varias enfermedades de transmisión sexual concomitantes y síndrome inguinal, el cual, es menos frecuente

en Europa que el rectal<sup>6</sup>. Este caso pone de manifiesto la necesidad de seguimiento en pacientes con factores de riesgo para la adquisición de diferentes ITS, puesto que el periodo de incubación puede ser distinto dificultando el diagnóstico.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Financiación

Declaramos no haber recibido soporte financiero alguno.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Centers for Disease Control Prevention. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men: Netherlands: 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53:985-8.
- 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;11:70.
- Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA, Fennema HS, 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.* 2006;42:186-94.
- Quint KD, Bom RJ, Bruisten SM, van Doorn LJ, Nassir Hajjipour N, Melchers WJ, et al. Comparison of three genotyping methods to identify *Chlamydia trachomatis* genotypes in positive men and women. *Mol Cell Probes.* 2010;24:266-70.
- 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.
- Dawson S, McIntyre M, Terzoudi S, Desmond N. Lymphogranuloma venereum and genital ulceration. *Int J STD AIDS.* 2005;26:771-2.

N. Valdeolivas-Casillas\*, A.B. Piteiro-Bermejo y S. Beà-Ardebol

*Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [n.valdeolivas@gmail.com](mailto:n.valdeolivas@gmail.com)  
(N. Valdeolivas-Casillas).