

# Adenopatías inguinales en paciente con infección por VIH

Xermán Bugallo Sanz<sup>1</sup>

Pilar Vázquez Rodríguez<sup>2</sup>

Álvaro Mena de Cea<sup>2</sup>

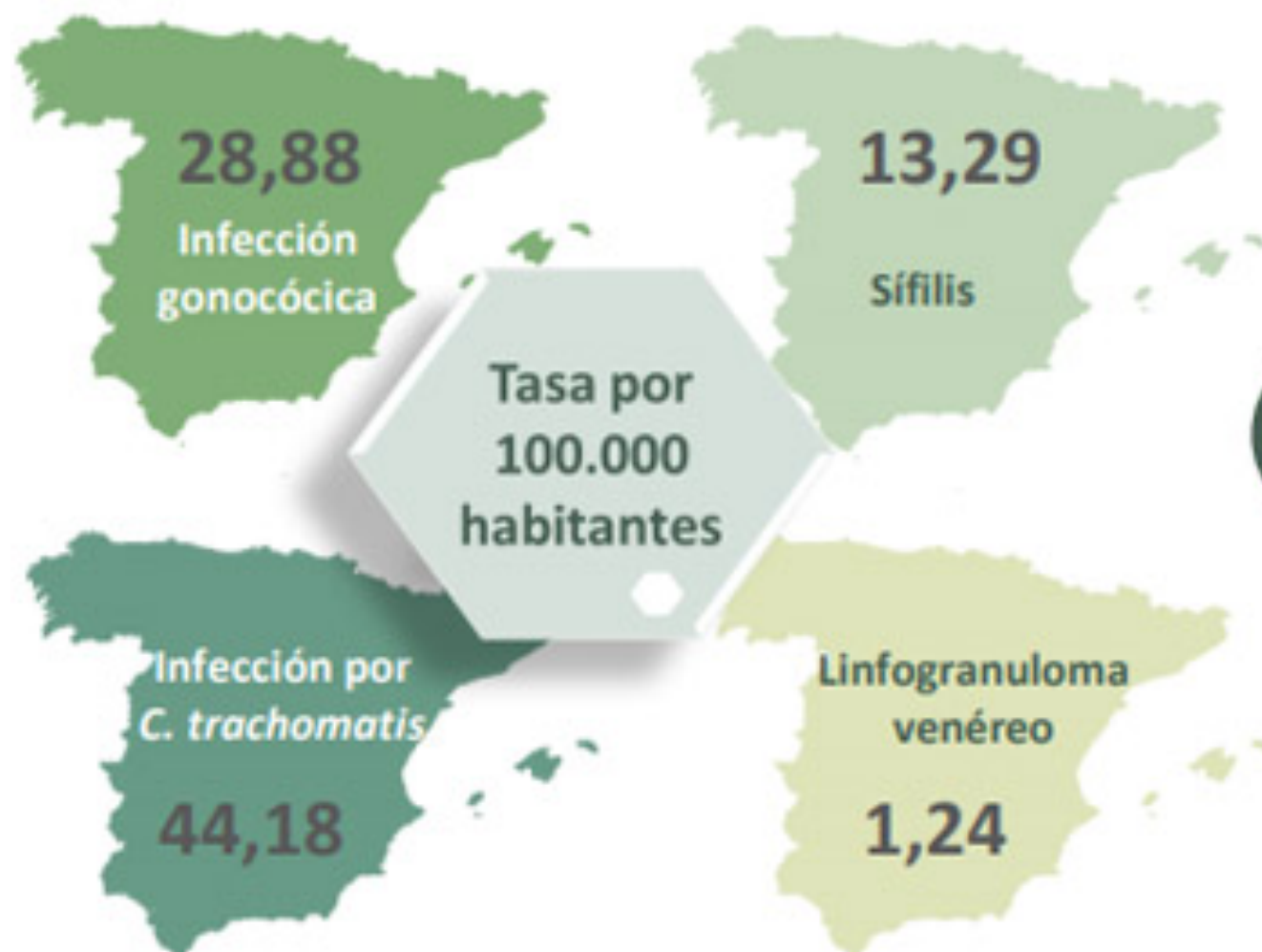
<sup>1</sup> Servicio de Medicina Preventiva, Hospital de La Coruña.

<sup>2</sup> Unidad de Enfermedades Infecciosas y VIH. Servicio de Medicina Interna. Grupo de Virología Clínica, INIBIC. Hospital de La Coruña

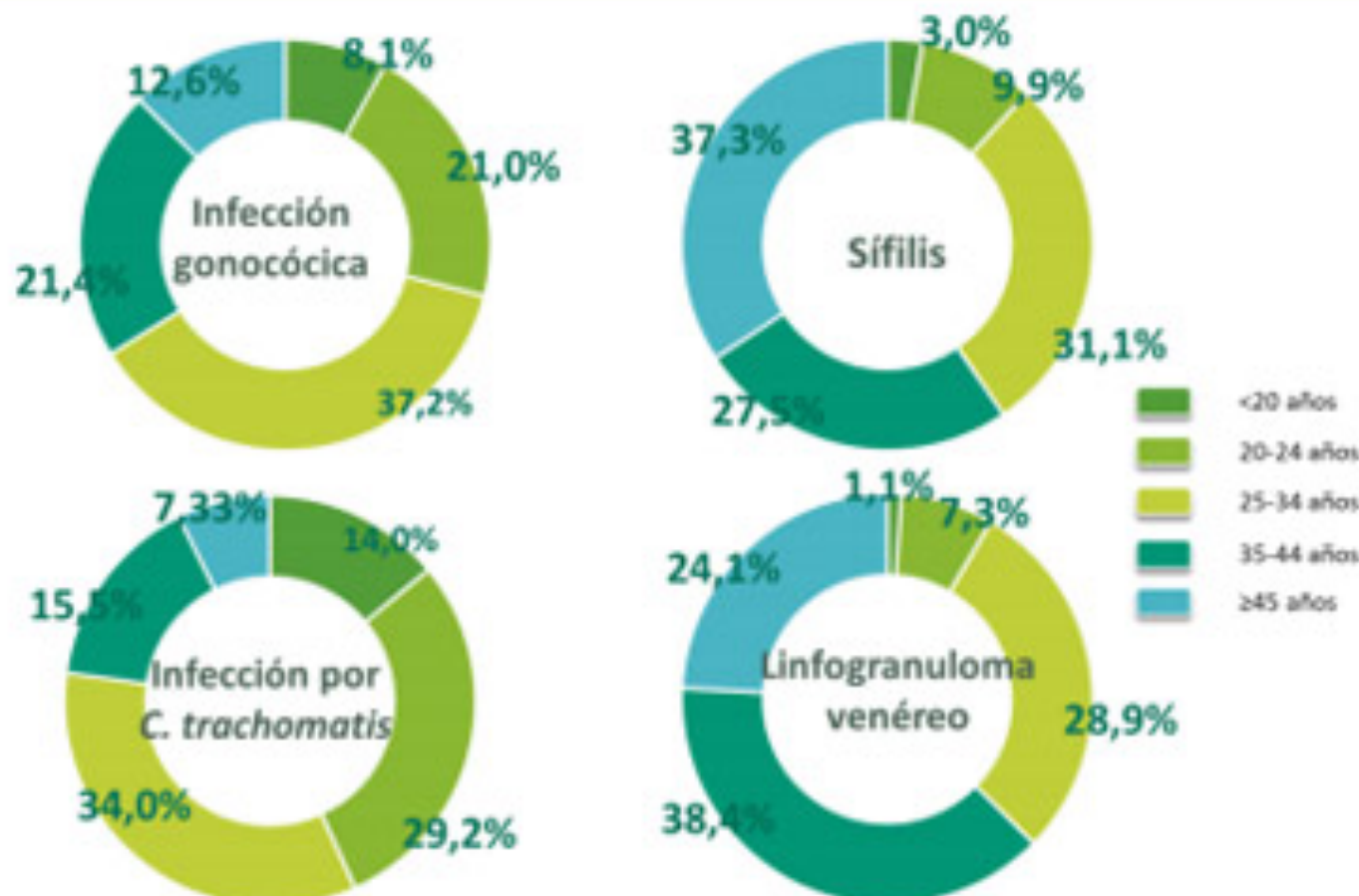
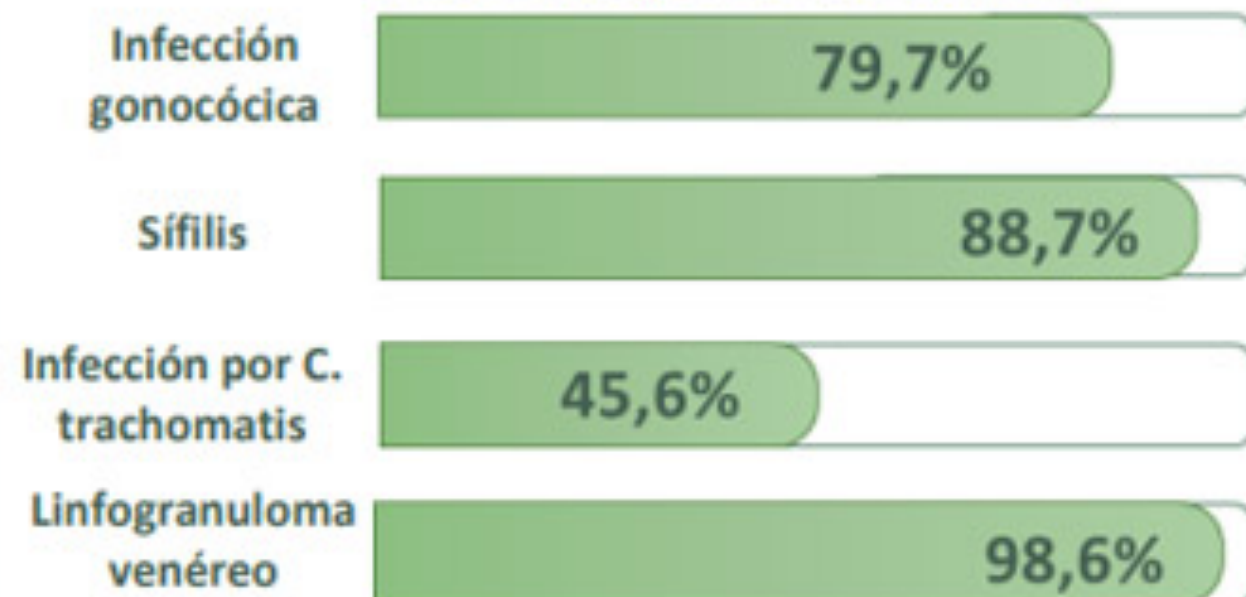


Las infecciones de transmisión sexual (ITS) suponen un reto para la salud pública

### Total de casos notificados en 2019



### Porcentaje de hombres



### Distribución casos según edad

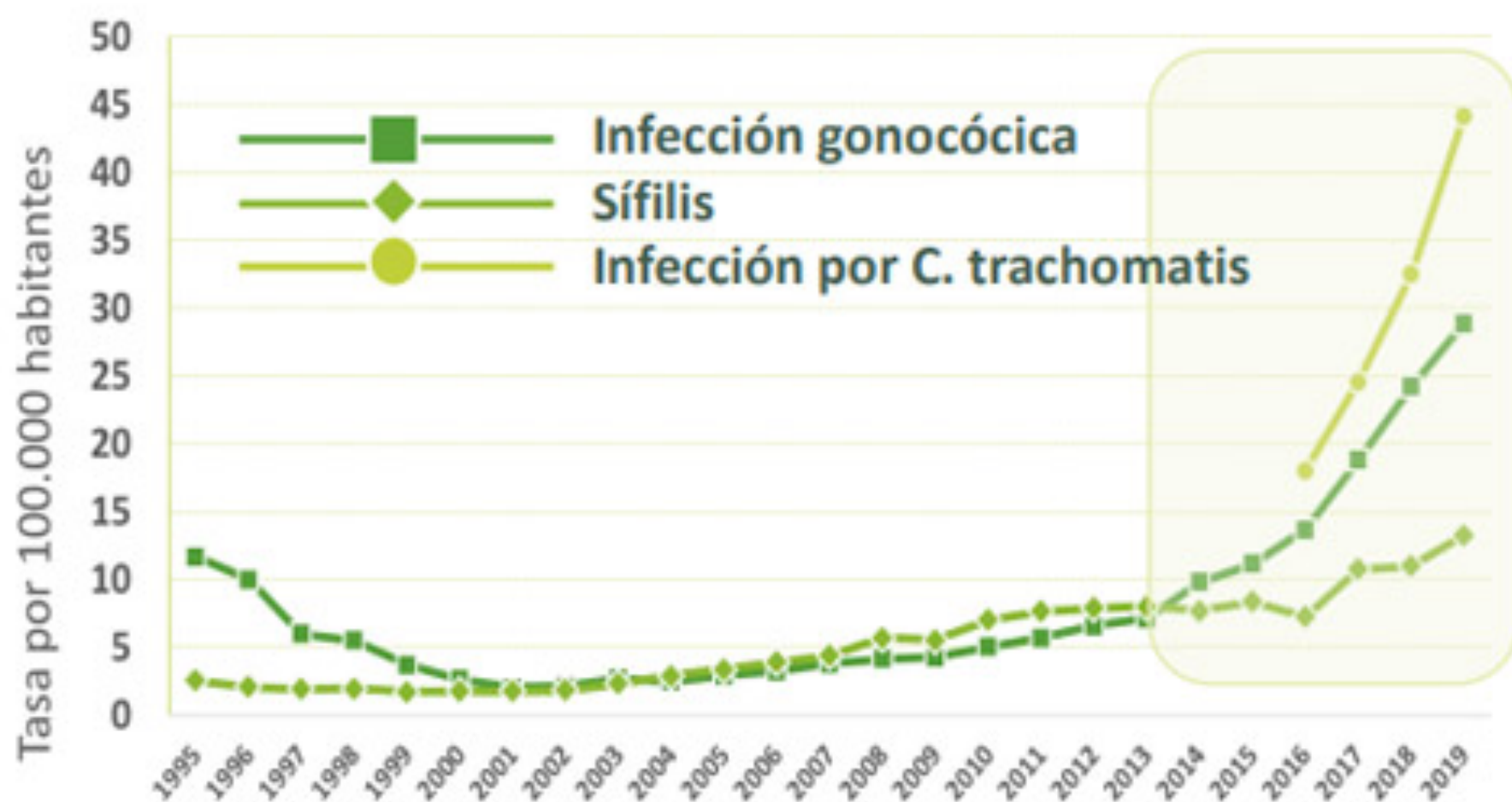
Aumento en jóvenes menores de 35 años

Incremento continuo de las tasas

**Puntos claves**

Mayor afectación en hombres, excepto *C. trachomatis*

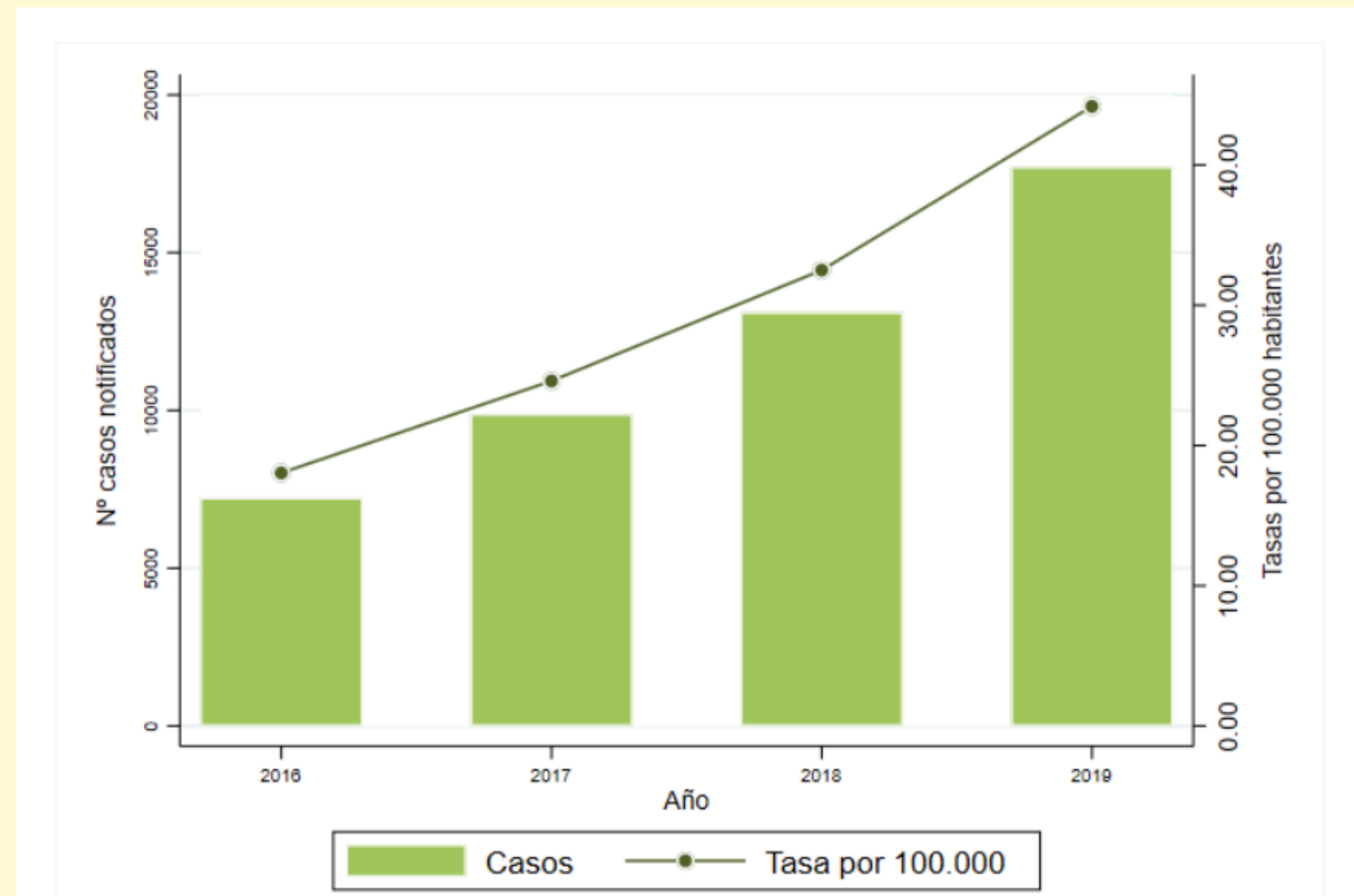
## SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ESPAÑA, 2019



Porcentaje anual de cambio	
Infección gonocócica	2013-2019 +25,2%
Sífilis	2011-2016 =0,1%
Infección por <i>C. trachomatis</i>	2016-2019 +18,4%
Infección por <i>C. trachomatis</i>	2016-2019 +34,5%

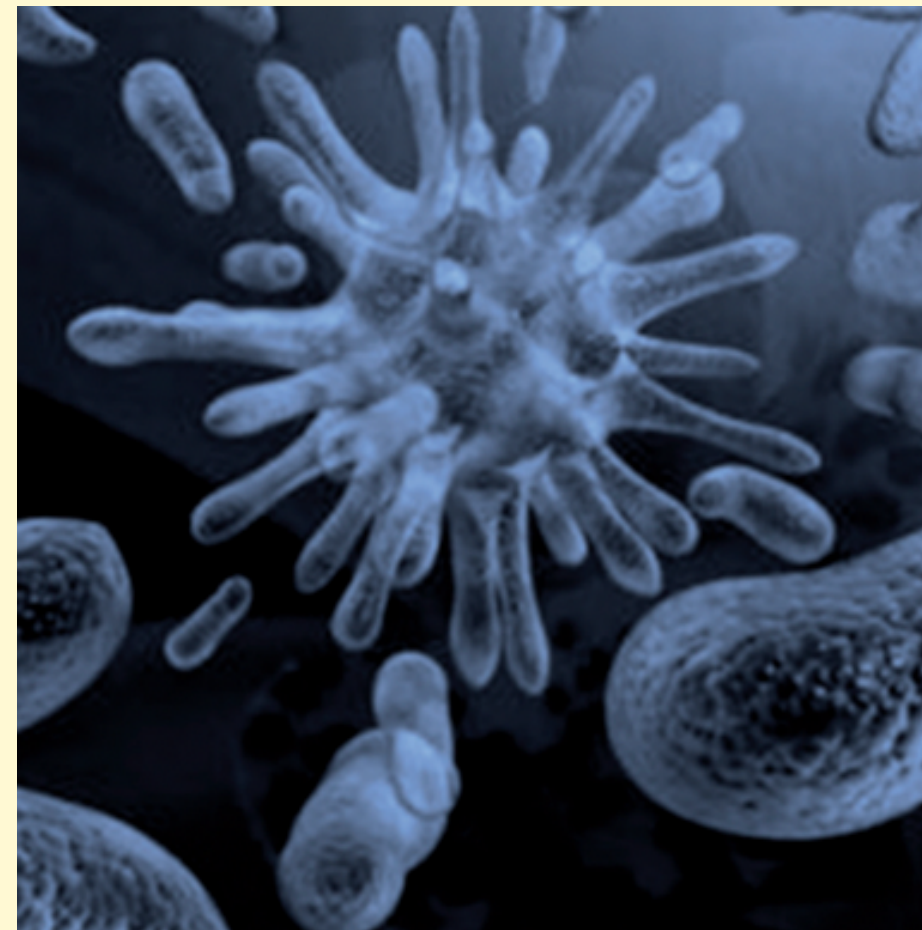
## Situación epidemiológica

Figura 1. Número de casos y tasas por 100.000 habitantes de infección por *Chlamydia trachomatis* en España, 2016-2019



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

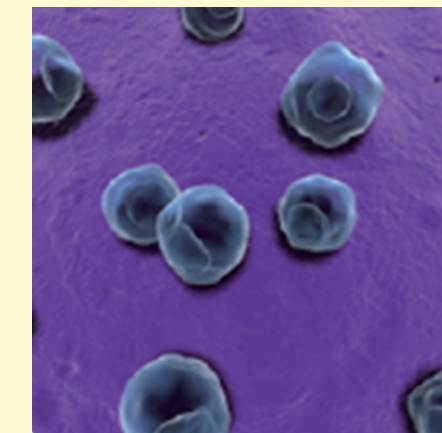
# El linfogranuloma venéreo (LGV)



Fuente: hoja informativa LGV del MSSSI

## El linfogranuloma venéreo (LGV)...

es una ITS,  
está causado por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*,  
se asocia al VIH y a otras ITS,  
presenta una distribución creciente.

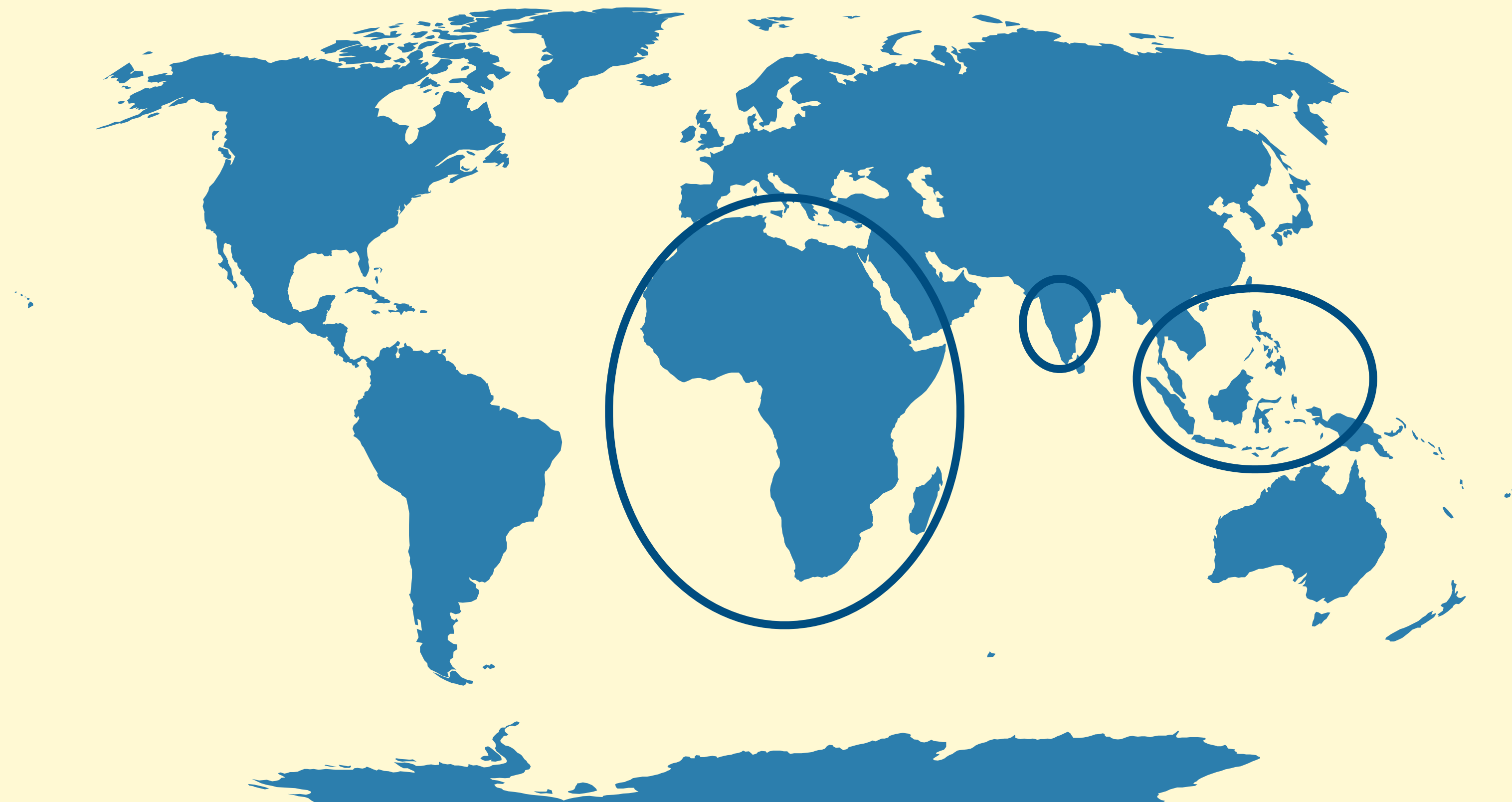


Fuente: hoja informativa LGV del MSSSI

## Distribución geográfica

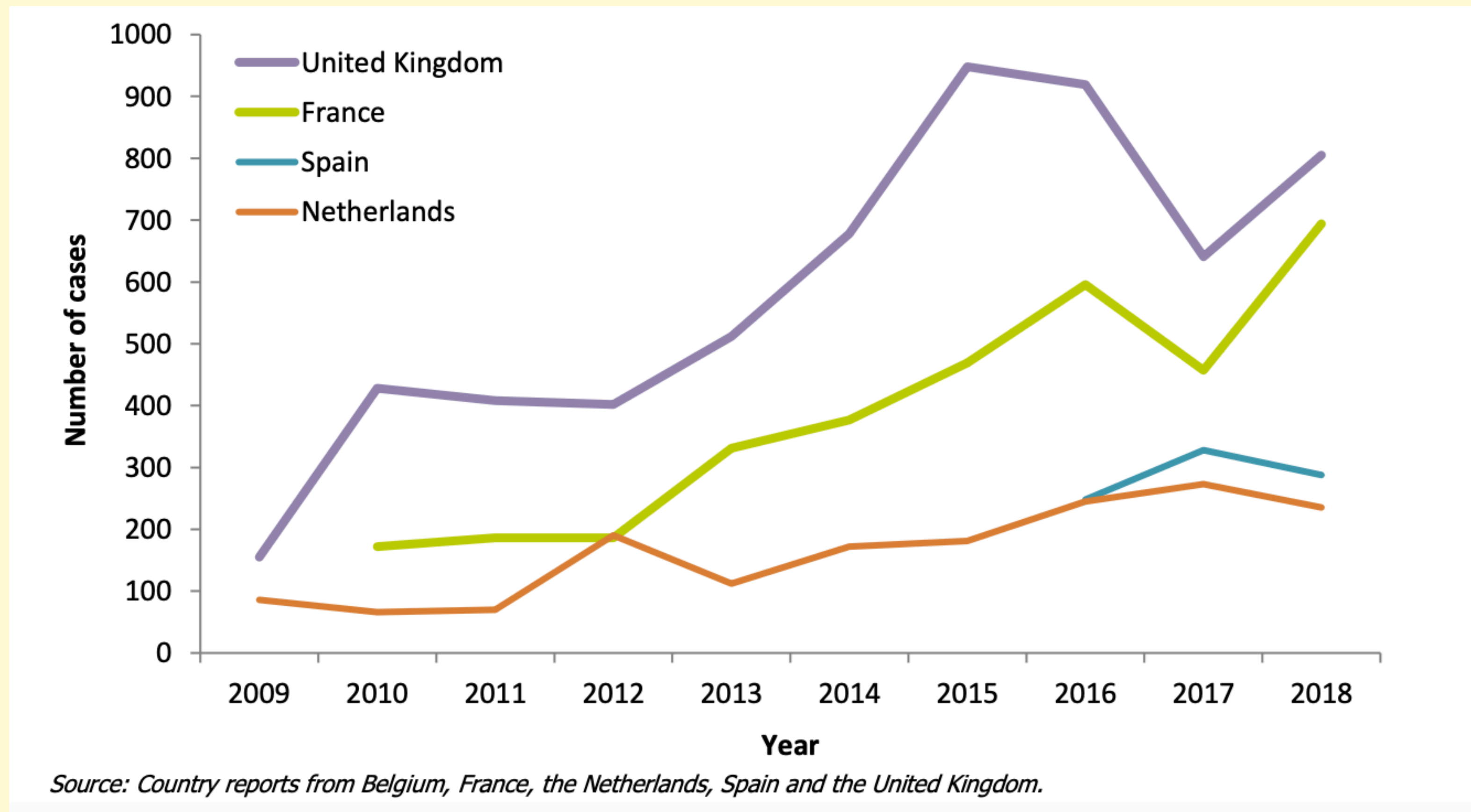
Tradicionalmente se distribuía en áreas tropicales y subtropicales de África, India y sudeste asiático

Desde 2003 se ha detectado un crecimiento exponencial en Europa



## Distribución geográfica

Figura 2. Nº de casos de LGV en los 4 países con mayor concentración de casos de EU/EEA hasta 2018



Fuente: European Centre for Disease Prevention and Control. Lymphogranuloma venereum. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2020.



## Linfogranuloma venéreo (LGV)

Se distinguen 3 estadios:

- 1** → Úlcera genital indolora en el lugar de inoculación tras un periodo de incubación de 1 a 4 semanas.
- 2** → Adenopatías inguinales en un contexto de síndrome inguinal o anogenitorrectal, que puede cursar con fiebre, artromialgias y malestar general. Generalmente a las 2-6 semanas.
- 3** → Inflamación crónica, fibrosis anogenital, con tendencia a fistulizar.

## Linfogranuloma venéreo (LGV)

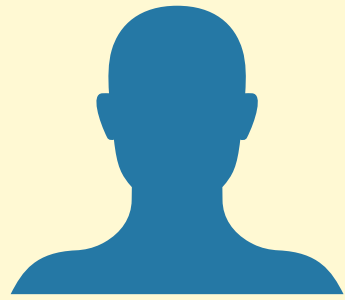
### Diagnóstico:

PCR de una muestra anal y/o rectal, vaginal, de la úlcera o de las adenopatías

### Tratamiento:

Doxiciclina consigue una resolución completa o parcial de la clínica

## Caso clínico



Varón de 36 años

### Antecedentes:

- VIH categoría A2 diagnosticado en 2009
- Sin historia de resistencias basales ni infecciones oportunistas
- Condilomas y verrugas genitales tratadas con podofilotoxina
- Quistes sebáceos faciales con manejo conservador
- Contactos sexuales de riesgo por rotura de los métodos de barrera

### Seguimiento clínico:

- 2013: inicio TAR con TDF/FTC/EFV
- 2016: blips y viremias de bajo nivel con test de resistencias ADN-proviral sin mutaciones
- 2017: cambio a TDF/FTC+DRV/c

## Caso clínico

Cuadro clínico actual:

- Episodios intermitentes de adenopatías inguinales dolorosas
- Hematoquecia
- Diaforesis nocturna

## Caso clínico

### Exploración física:

- Buen estado general.
- Consciente, orientado y eupneico en reposo.
- NH, NC y NP.
- Cabeza y cuello: adenopatías submandibulares dolorosas a la palpación. No bocio.
- Auscultación pulmonar: rítmica y sin soplos. MVC.
- Abdomen: blando, depresible, no masas ni megalias, RHA presentes, sin signos de peritonismo. Adenopatías inguinales bilaterales de predominio derecho, suprapúbicas, móviles, dolorosas, eritematosas y calientes, sin supuración ni exudado.
- EEII: sin edemas ni datos de TVP.

PA: 110/57 mmHg

FC: 70 lpm

T<sup>a</sup>: 37°C

## Pruebas complementarias

### Hemograma:

Hemoglobina 13.3

Volume corpuscular medio 89.6

Plaquetas 303000

Leucocitos  $7.19 \times 10^9/L$

Test de Mononucleosis Negativo.

### Bioquímica:

Glucosa 97

Bilirrubina total 0,4

Urea 24

Fosfatasa alcalina 163

Creatinina 0.81

GOT 19

Ácido úrico 4.8

GPT 19

Sodio 141

GGT 15

Potasio 4.7

LDH 457

Cloro 105

Proteínas totales 7.4

Albúmina 4.3

Calcio 9.5

Fósforo 3.2

Triglicéridos 237

Colesterol 149

### Sedimento:

Densidad relativa 1015 (-)

pH 6

Act. Esterasa (Leucocitaria) (+)

Nitrito Negativo

Proteína (+)

Glucosa Normal

Metilcetona Negativo

Urobilinógeno Normal

Bilirrubina (+)

Eritrocitos 10

Leucocitos 24

Células Epiteliales 11

Cilindros hialinos 1

Bacterias Negativo

## Pruebas complementarias

### Serología:

Ac.totales Treponema pallidum: negativo.

IgG Toxoplasma gondii: negativo.

IgM Toxoplasma gondii: negativo.

IgG CMV: positivo 123.00.

IgM CMV: negativo.

IgG VCA,EBV: positivo 368.00.

IgM VCA,EBV: negativo.

EBNA-IgG, EBV: positivo >600.00.

IgG HSV 1/2: positivo.

IgG anti VZV: positivo 1319.00.

Brucella anticuerpos totales: negativo.

## Pruebas complementarias

### Analítica previa:

ARN-VIH indetectable y 1461 CD4/ $\mu$ L



### Ecografía de AP:

Ligera esplenomegalia y conglomerados adenopáticos inguinales

### Ecografía y TC toracoabdominal durante el ingreso:

Adenopatías inguinales derechas con aspecto globuloso y con vascularización ramificada



## Pruebas complementarias

Prueba solicitada:

Biopsia de las lesiones para estudio anatomopatológico y microbiológico



Tras la biopsia...

- Picos febriles
- Supuración
- Aumento de dolor en la región inguinal
- Exudado uretral



## Caso clínico

### Pruebas solicitadas:

- Cultivo de exudado uretral
- Cultivo de absceso de adenopatía
- Hemocultivos
- PCR de *Mycobacterium* + IGRAS
- PCR de *Chlamydia* en el drenaje de la biopsia

### Tratamiento empírico:

- Amoxicilina-ácido clavulánico.

## Caso clínico

### Resultados de las pruebas solicitadas:

Cultivo de exudado uretral: *Haemophilus parainfluenzae*

Cultivo de absceso de adenopatía: *Propionibacterium avidumen*

Hemocultivos: No se detectan microorganismos

PCR de *Mycobacterium* + IGRAS: No se detecta.

PCR de *Chlamydia* en el drenaje de la biopsia: pendiente de resultado durante el ingreso...

## Caso clínico

### Tratamiento final:

Doxiciclina (100 mg cada 12 horas) durante 3 semanas, manteniendo la pauta de amoxicilina-ácido clavulánico (875/125 mg cada 8 horas) para completar en el domicilio, junto a su tratamiento habitual.





## Caso clínico

Al alta:

El conglomerado adenopático derecho se muestra menos indurado e inflamado y sin supuración

## Caso clínico

En la consulta de seguimiento:

Se confirma la presencia de *Chlamydia trachomatis* serotipo LGV y el paciente muestra una evolución favorable con el tratamiento pautado y con las curas de la herida de la biopsia.



### Conclusiones:

- Las adenopatías inguinales requieren estudio porque pueden presentarse en un contexto de LGV, especialmente en pacientes que mantienen conductas sexuales de riesgo.
- La presentación de adenopatías junto a un cuadro de proctitis con rectorragia en pacientes con factores epidemiológicos relacionados debe hacer sospechar del LGV y de una posible coinfección con otras ITS.
- El diagnóstico se confirma con PCR y el tratamiento de elección es la doxiciclina, obteniendo una remisión de los síntomas en la mayoría de los pacientes.

El control adecuado de las infecciones de transmisión sexual contribuirá a reducir las enfermedades y el sufrimiento humano

## Referencias

1. Galán Montemayor JC, Lepe Jiménez JA, Otero Guerra L, Serra Pladevall J, Vázquez Valdés F. Diagnóstico microbiológico de las infecciones de transmisión sexual y otras infecciones genitales. 2019. 24a. Vázquez Valdés F (coordinador. Procedimientos en Microbiología Clínica), Cercenado Mansilla E, Cantón Moreno R (editores). Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y microbiología Clínica (SEIMC). 2019. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimiento24a.pdf>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe, 1990–2009. Stockholm: ECDC; 2011.
3. White J, Ison C. Lymphogranuloma venereum: what does the clinician need to know?. Clin Med. 2008;8:323-327
4. Documento de Consenso del Grupo de Estudio del Sida (GESIDA)/Plan Nacional sobre el Sida (PNS) sobre las infecciones de transmisión sexual en pacientes con infección por el VIH. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(4):286.e1–286.e19
5. Gallegos M, Bradly D, Jakate S, Keshavarzian A. Lymphogranuloma venereum proctosigmoiditis is a mimicker of inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol. 2012;18:3317-3321.
6. 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.

