

Linfogranuloma venéreo

Fecha de la última revisión: **03/12/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

Es una infección prolongada del sistema linfático, producida por uno de los 3 serotipos invasivos L1, L2 o L3 de la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que se diseminan a través de contacto sexual. Es poco frecuente, aunque su prevalencia está aumentando en diferentes partes del mundo, incluido España (Úbeda AC, 2016). Generalmente importada de países endémicos (India y algunas regiones de África y el Caribe).

La enfermedad se detecta en un 99% en varones homosexuales (Stoner BP, 2015), sobre todo en pacientes VIH+, a través de la variante L2b (Vries HJC, 2015), aunque, raramente, puede producirse la transmisión heterosexual. La infección rectal asintomática es la fuente probable del progreso en la transmisión de la enfermedad (Vries HJC, 2015).

Manifestaciones clínicas habituales

La infección se desarrolla en tres fases (Nwokolo NC, 2016):

1. **Fase primaria:** se trata de una pápula, pústula o úlcera herpetiforme, ligeramente dolorosa, en la mucosa genital o piel adyacente, que aparece entre 3 y 30 días después del contacto. Es autolimitada (dura alrededor de una semana) y cura espontáneamente, sin dejar cicatriz. A menudo es asintomática, por lo que puede pasar desapercibida y estar ausente en el momento de la consulta. En esta fase se puede producir secreción mucopurulenta uretral, cervical o rectal, dependiendo del lugar de inoculación. También puede existir afectación faríngea, con aparición de adenopatías abscesificadas. La forma más común de presentación es la de una proctitis o proctocolitis, con proctalgia, tenesmo, estreñimiento, secreción mucopurulenta y sangrado, fundamentalmente en un varón homosexual. Se puede confundir con una enfermedad inflamatoria intestinal (Stoner BP, 2015).
2. **Fase secundaria (ganglionar o inguinal):** se produce de 2 a 6 semanas tras la lesión inicial y se caracteriza por la aparición de linfadenopatía inguinal unilateral, y pueden asociarse síntomas generales, como fiebre, cefalea y artromialgias. Los ganglios afectados son aquellos que drenan el territorio en el que se produjo la lesión inicial: si se localiza en genitales externos, afectará a los ganglios inguinales, si la infección inicial se localiza en recto o regiones vaginales profundas, afectará a ganglios perirrectales, intra-abdominales o retroperitoneales, pudiendo producir dolor hipogástrico, lumbalgia y estreñimiento por obstrucción, llegando incluso al megacolon. Por confluencia, pueden llegar a formarse bubones, que pueden fistulizar durante semanas o meses.
3. **Fase terciaria (síndrome ano-genito-rectal):** las complicaciones incluyen el estímero, que es una lesión ulcerosa crónica granulomatosa con aumento del tamaño de los genitales externos, pudiéndose producir elefantiasis genital por obstrucción linfática. En mujeres puede conducir a una enfermedad crónica ulcerativa de genitales externos o también a un síndrome de “pelvis congelada”. Asimismo puede producirse una inflamación crónica abscesificante y fistulizante en la región de los ganglios linfáticos anorrectales, que puede confundirse con la enfermedad de Crohn.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es difícil y no está al alcance de todos los laboratorios.

Junto a la anamnesis y el cuadro clínico, el diagnóstico se realiza mediante:

- El aislamiento e identificación de la bacteria por cultivo del aspirado de la adenopatía o del fondo de la úlcera (sensibilidad 75-85%). La punción-aspiración se debe realizar sobre piel sana. Es conveniente evitar incisiones quirúrgicas porque pueden retrasar la cicatrización.
- Métodos de detección de ADN (PCR). Las muestras pueden obtenerse de las lesiones ano-genitales o rectales (preferiblemente bajo visión proctoscópica). Presentan una gran sensibilidad.
- Serología con determinación de anticuerpos específicos (Stoner BP, 2015).
- Métodos de detección de antígenos: enzimoinmunoanálisis, inmunofluorescencia directa.

¿Cómo se trata?

El tratamiento aconsejado se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Tratamiento del linfogranuloma venéreo. (Workowski KA, 2015)	
Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
• Doxiciclina: 100 mg/12 horas × 3 semanas (Leeyaphan C, 2016).	• Eritromicina: 500 mg/6 horas × 3 semanas (III-B). • Azitromicina: 1 g/semana × 3 semanas (IV-C).

El tratamiento debe ser precoz, y prolongarse al menos 3 semanas, para evitar la cronificación. En ocasiones son necesarios varios ciclos de tratamiento, alternando los antibióticos.

Otros tratamientos propuestos, ante la ineficacia o contraindicación de la doxiciclina, incluyen [moxifloxacino](#), 400 mg/día, 10 días (Stoner BP, 2015).

Se debe recurrir a la cirugía para corregir secuelas como estenosis o fístulas.

Tratamiento durante el embarazo y la lactancia:

Se recomienda la [eritromicina](#) o la [azitromicina](#). La [doxiciclina](#) está contraindicada.

Tratamiento de las parejas sexuales:

Se debe descartar la infección por *Chlamydia* en exudado cervical, rectal o uretral, o realizar tratamiento empírico en contactos sexuales de los 3-6 meses previos al inicio de los síntomas.

Seguimiento

Debe realizarse hasta la resolución clínica, que puede tardar hasta 3-6 semanas, aunque los síntomas suelen resolverse en 1-2 semanas tras el inicio del tratamiento antibiótico.

Los pacientes y sus contactos deben abstenerse de cualquier contacto sexual hasta la finalización del tratamiento y la resolución de las lesiones.

Debe descartarse la presencia de otras ITS, incluido el VIH y VHC, y la reinfección por LGV a los 3 meses del diagnóstico (Vries HJC, 2015).

Bibliografía

- CDC Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Lymphogranuloma Venereum (LGV). Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/lgv.htm>
- Leeyaphan C, Ong JJ, Chow EP, Kong FY, Hocking JS, Bissessor M, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Doxycycline Efficacy for Rectal Lymphogranuloma Venereum in Men Who Have sex With Men. Emerg Infect Dis. 2016;22(10):1778-84. PubMed [PMID: 27513890](#). [Texto completo](#)
- Nwokolo NC, Dragovic B, Patel S, Tong CW, Barker G, Radcliffe K. 2015 UK national guideline for the management of infection with *Chlamydia trachomatis*. Int J STD AIDS. 2016;27(4):251-67. PubMed [PMID: 26538553](#). [Texto completo](#)
- Stoner BP, Cohen SE. Lymphogranuloma Venereum 2015: Clinical Presentation, Diagnosis, and Treatment. Clin Infect Dis. 2015;61 Suppl 8:S865-73. PubMed [PMID: 26602624](#). [Texto completo](#)
- Úbeda AC, Roblas RF, Delgado RG, García LM, Sterlin F, Guerrero MLF, et al. Anorectal Lymphogranuloma Venereum in Madrid: A Persistent Emerging Problem in Men Who Have Sex With Men. Sexually Transmitted Diseases. 2016;43(7):414-9. PubMed [PMID: 27322040](#). [Texto completo](#)
- Vries HJC, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections; European Academy of Dermatology and Venereology; European Dermatology Forum; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; Union of European Medical Specialists; European Centre for Disease Prevention and Control; European Office of the World Health Organisation. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(1):1-6. PubMed [PMID: 24661352](#). [Texto completo](#)
- 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. PubMed [PMID: 26042815](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Smith L, Angarone MP. Sexually Transmitted Infections. Urol Clin North Am. 2015 Nov;42(4):507-18. PubMed [PMID: 26475947](#)
- Vries HJC, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections; European Academy of Dermatology and Venereology; European Dermatology Forum; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; Union of European Medical Specialists; European Centre for Disease Prevention and Control; European Office of the World Health Organisation. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(1):1-6. PubMed [PMID: 24661352](#). [Texto completo](#)

Autores

- | | |
|------------------------------|--|
| ▪ Luis A. Salvador Herrero | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutor de atención primaria. UDMAFyC Castellón . Profesor asociado de prácticas de pregrado de la UJI de Castellón. |
| ▪ Luisa F. Sidro Bou | Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutora de atención primaria y responsable de docencia. UDMAFyC Castellón . Profesora asociada de prácticas de pregrado de la UJI de Castellón. |
| ▪ Milagros Hortelano Perales | Médica Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria |
| ▪ Marta Pérez Martínez | MIR R4 de Medicina Familiar y Comunitaria |

Centro de Salud Vall d'Uixó I. Departamento de La Plana. [UDMAFyC Castellón](#). Castellón. España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

