

REPORTE DE CASOS

Linfogranuloma venéreo rectal: presentación clínica emergente

Recibido: 3/9/21 Aceptado: 8/11/21

Viviana Leiro¹, Patricia Fernández Pardal², Luis Buscemi³, Martín Vacchino⁴, Franco Giuliano⁵, Sergio Labiano⁶, Liliana María Olivares⁷

RESUMEN

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) poco frecuente causada por los serotipos L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*.

Desde hace más de una década se produjo un aumento de la incidencia de proctitis por LGV casi exclusivamente en hombres que tienen sexo con hombres con prácticas sexuales de riesgo para ETS.

Se presentan cuatro casos con LGV rectal.

Palabras clave: linfogranuloma venéreo, proctitis, *Chlamydia trachomatis*, enfermedad de transmisión sexual.

¹ Médica, Unidad de Dermatología, coordinadora del Sector de Enfermedades de Transmisión Sexual. Centro de referencia de ETS de CABA. Hospital F. J. Muñiz. vivianaleiro@gmail.com

² Médica, Unidad Dermatología, Sector Enfermedades de Transmisión Sexual. Centro de referencia de ETS de CABA. Hospital F. J. Muñiz. patifp@yahoo.es

³ Bioquímico, Área de Enfermedades de Transmisión sexual y Bacteriólogo de guardia. Unidad de Bacteriología. Hospital F. J. Muñiz. luisbuscemi@hotmail.com.ar

⁴ Bioquímico, Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual, Laboratorio Nacional de Referencia en ETS, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas, ANLIS "Dr. Carlos G. Malbran". martinvacchino@gmail.com

⁵ Médico, Servicio Cirugía General, Sector Coloproctología. Hospital F. J. Muñiz. gianfrancogiuliano@hotmail.com

⁶ Médico, Servicio de Cirugía, Sector Coloproctología. Hospital Penna.

⁷ Médica, Jefa de Unidad Dermatología. Hospital F. J. Muñiz. olivaresliliana@yahoo.com.ar

Autora para correspondencia: Viviana Leiro. Uspallata 2272, CABA. CP 1282. vivianaleiro@gmail.com.

Financiación: no se han recibido ayudas específicas. No existe conflicto de interés de ninguno de los autores

Introducción

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) ocasionada por los serotipos L1, L2 y L3 de la bacteria *Chlamydia trachomatis* (CT). Es endémica, propia de zonas tropicales y subtropicales (1).

A partir de 2003, comenzó a observarse un número creciente de casos de LGV en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en quienes la enfermedad se manifestaba con proctitis (2).

Se presentan cuatro pacientes con proctitis por LGV evaluados durante los meses de septiembre de 2020 a abril de 2021 en contexto de emergencia sanitaria por pandemia de COVID-19.

Los cuatro pacientes referían relaciones sexuales con hombres (anorreceptivas) y prácticas sexuales de riesgo.

Caso clínico 1

Hombre de 32 años, tenesmo y mucorrea rectal, proctorragia, proctalgia y pérdida de peso de cuatro meses de evolución, por lo cual estaba en estudio por probable enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

Antecedentes: sífilis reciente, condilomas acuminados perianales y hepatitis B y C en seguimiento. VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral menor a 20 copias y recuento de CD4 de 313 células/mm³.

Examen físico: leve enantema de mucosa anal. No se palpaban adenomegalias inguinales.

Exámenes complementarios: VDRL de 32 dils, previa de 128 dils.

Examen proctológico: tacto rectal mucosa de aspecto edematoso, con patrón granular. Anoscopia y rectoscopia: signos macroscópicos de rectitis con enantema, lesiones ulcerosas, restos de sangre y moco (Figura 1 A y B). Biopsia de canal anal y recto: mucosa rectal de histioarquitectura conservada, lámina propia con leve infiltrado inflamatorio mixto y ectasia vascular.

Caso clínico 2

Hombre de 46 años que consultó por sífilis secundaria y proctitis con secreción anal mucosa, tenesmo y proctorragia asociados a pérdida de peso de dos meses de evolución.

Antecedentes: VIH en tratamiento antirretroviral con carga viral de 41.000 copias y recuento de CD4 de 390 células/mm³.

Examen físico: sífilides en tronco, miembros y zona genital. Recibió tratamiento para sífilis con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI dosis única, con resolución de las lesiones cutáneas, pero persistencia de la proctitis.

Exámenes complementarios: prueba treponémica (CMIA) reactiva, VDRL 256 dils, serología para hepati-

Figura 1A. Rectoscopia



Figura 1B. En mucosa rectal, enantema y úlceras



tis B infección curada y hepatitis C no reactiva. Examen proctológico: tacto rectal con mucosa de aspecto granular y edema. Biopsia rectal: úlcera con tejido de granulación con importante infiltrado inflamatorio mononuclear y polimorfonuclear y vasos con paredes hialinas y fibrina. Los exámenes de bacteriología, micobacteriología y micología de la biopsia rectal fueron negativos.

Caso clínico 3

Hombre de 42 años, concurrió por adenomegalia inguinal derecha dolorosa y equivalentes febriles de dos semanas de evolución. Al interrogatorio relataba cuadro compatible con proctitis con secreción anal mucopurulenta, tenesmo, proctalgia y proctorragia terminal de dos meses de evolución.

Antecedentes: VIH en tratamiento antirretroviral (carga viral menor a 20 copias, recuento de 320 células/mm³) y antecedentes de sífilis tratada en 2015.

Exámenes complementarios: ecografía de partes blandas de ingle derecha adenomegalias hipoecoicas, sin colección.

Caso clínico 4

Mujer trans 19 años, concurrió por cuadro de proctitis caracterizado por proctorragia, tenesmo rectal y secreción anal purulenta de dos meses de evolución.

Examen físico: adenomegalias generalizadas.

Exámenes complementarios: serologías virales VIH, hepatitis B y C no reactivas, CMIA reactiva y VDRL de 64 dils.

En los cuatro pacientes la serología (inmunofluorescencia indirecta) para CT IgG resultó reactiva, con un título mayor de 1/256. El examen de PCR del hisopado anal

y posterior genotipificación por secuenciación del gen *ompA* detectó *Chlamydia trachomatis* biovar LGV genotipo L1 (Tabla 1). Se arribó al diagnóstico de síndrome rectal agudo por LGV y se indicó tratamiento con doxiciclina 200 mg/día por 21 días, con buena respuesta clínica. Se indicó igual tratamiento a sus contactos sexuales.

Discusión

El LGV es una ETS producida por la infección por CT, una bacteria intracelular obligada que posee 15 serotipos diferentes. Los serotipos que se asocian con LGV son los L1, L2 y L3. El serotipo L2 se subclasifica en L2, L2', L2a y L2b. Los serotipos L1, L2 y L3 tienen la capacidad de penetrar en la piel y las mucosas, con posterior diseminación a los ganglios linfáticos; los restantes serotipos (A, B, Ba, C-K) permanecen confinados a las mucosas. Esta diferencia determina el carácter ulcerativo y el compromiso sistémico del LGV en contraposición a las otras ETS causadas por la misma bacteria, como uretritis o cervicitis (1, 3).

El periodo de incubación del LGV varía entre una y cuatro semanas, con un promedio de 12 días (2, 3). La transmisión ocurre por contacto sexual con personas que tienen uretritis, cervicitis y/o proctitis a partir de sexo genital, anal y oro-anal. La inoculación puede ser genital, rectal o faríngea (1).

La presentación clínica consta de tres estadios. El primero está representado por una ulceración en el sitio de inoculación (chancro) (3). El segundo estadio comienza luego de cuatro a seis semanas de la lesión primaria; la clínica depende del sitio de entrada. Si es anal, se presentará con síntomas de proctitis, como tenesmo, proctorragia, proctalgia y constipación (síndrome anorrectal). En esta variedad de la enfermedad habitualmente no existe el síndrome inguinal, pues estos ganglios no se afectan. Con menor frecuencia, el inóculo es faríngeo (1-3).

Tabla 1. Exámenes complementarios realizados en los pacientes para detección de *Chlamydia trachomatis*

	IgG CT (IFI)*	PCR Hisopado anal	Genotipificación
Paciente 1	1/4096	CT Biovar LGV	L1
Paciente 2	>1024	CT Biovar LGV	L1
Paciente 3	1/1024	CT Biovar LGV	L1
Paciente 4	1/1024	CT Biovar LGV	L 1

* Títulos mayores a 1/256 son sugestivos de infección por CT. Este estudio no permite diferenciar infección activa de pasada. IFI: inmunofluorescencia indirecta.

El síndrome anorrectal es la presentación más frecuente en individuos que practican sexo anal receptivo; cursa con signos y síntomas de proctocolitis indistinguibles clínica y endoscópicamente de otras etiologías, en su mayoría de EII (4, 5).

Para el diagnóstico, la toma de muestras puede ser de material de la ulceración, del hisopado rectal y/o punción de ganglio regional (6).

El diagnóstico de LGV se realiza con técnicas moleculares, en dos etapas. En una primera se busca el microorganismo con pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (PAAN). Una vez detectada la presencia de CT se identifica el serotipo por secuenciación del gen *ompA*, PCR-RFLP del gen *ompA* o PAAN específicos que permiten discriminar entre serotipos LGV de no LGV (1).

Las serologías para detectar CT (fijación de complemento títulos > 1: 64 o inmunofluorescencia > 1: 256) apoyan el diagnóstico en un contexto apropiado (6). Otro elemento diagnóstico es la presencia de más de 10 leucocitos polimorfonucleares por campo de gran aumento (400x) en una muestra de hisopado rectal. Los hallazgos endoscópicos son inespecíficos. El estudio histopatológico permite estudiar otros diagnósticos diferenciales (6-8).

En la Argentina, en 2018, el Ministerio de Salud, emitió una alerta por la aparición de 33 casos de LGV en un periodo de 11 meses, sin notificación previa de casos en nuestro país, y en 2019 el número ascendió a 51 (9).

La proctitis por LGV se diferencia de la forma clásica de LGV por afectar casi exclusivamente a HSH, con una edad media de 30-45 años, con mayor frecuencia de raza blanca, la mayoría de ellos VIH positivos (> 70% en las series europeas). Es frecuente el antecedente reciente de otra ETS, y el rescate de CT serotipo L2b (8). Se destaca que en los cuatro casos presentados pudo confirmarse la presencia de CT genotipo L1, poco frecuente en el mundo.

Una dificultad diagnóstica es diferenciar la proctitis por LGV de otras causas de proctitis, como EII, carcinoma anal, linfoma o tuberculosis rectal, como ocurrió en el caso 1. Una serie de predictores clínicos que permiten orientar la búsqueda de LGV ante un caso de proctitis aguda en un individuo con los factores de riesgo mencionados son tenesmo, constipación, secreción anal y pérdida de peso (8).

Todos los casos de nuestra serie presentaban los síntomas mencionados.

Es importante sospechar la coinfección con VIH, sífilis, hepatitis C y otras ETS, favorecido por el carácter ulcerativo del LGV y las prácticas sexuales de riesgo (7, 8).

En nuestra serie, los casos 1, 2 y 3 presentaban diagnóstico previo de infección por VIH y los casos 2 y 4 presentan sífilis temprana simultáneamente al diagnóstico de LGV. Los casos 1 y 3 tenían antecedente previo de sífilis.

En referencia al tratamiento, la primera elección es doxiciclina, 100 mg cada 12 horas vía oral por 21 días o azitromicina 1 gramo por semana, vía oral por tres semanas (6). Los cuatro casos recibieron doxiciclina, con buena respuesta clínica desde la primera semana de tratamiento.

Conclusiones

Se comunican cuatro casos confirmados de LGV rectal en contexto de emergencia sanitaria por pandemia COVID-19. Se destaca el antecedente y/o la concomitancia con otras ETS y el rescate del serotipo L1 en los cuatro casos, de circulación poco frecuente en el mundo. Estos casos generan la necesidad de fortalecer la vigilancia de esta patología a través de su genotipificación y notificación (10).

Referencias

1. Bermejo A, Gagliardi M, Olivares L, Mazzaroni S, Cohen Sabban G. Linfogranuloma venéreo, nuevas presentaciones: a propósito de un caso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2017;45:59-63.
2. López-Vicente J, Rodríguez-Alcalde D, Hernández-Villalba L, Moreno-Sanchez, D Lumbreras-Cabrera, M, Barros Aguado, Carlos et al. Proctitis as the clinical presentation of lymphogranuloma venereum, a re-emerging disease in developed countries. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014;106:59-62
3. Pastore F, Acosta A, Leiro, V, Bermejo A, Jaled M, Pizzariello G Linfogranuloma venéreo. *Dermatol Argent*. 2006;335-6.
4. Siddiqui WT, Schwartz HM. Infectious Proctitis. *N Engl J Med*. 2020; 382: 1638.
5. Cole MJ, Field N, Pitt R, Amato-Gauc A J, Begovac J. Substantial underdiagnosis of lymphogranuloma venereum in men who have sex with men in Europe: preliminary findings from a multicentre surveillance pilot. *Sex Transm Infect*. 2019; 0:1–6.
6. de Vries HJC, de Barbeyrac B, de Vrieze NHN, Viset JD, White JA, Vall-Mayans, M. et al 2019 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2019 Oct; 33:1821-8.
7. Svidler López L, La Rosa L, Caffarena D, Santos B, Rodríguez Fermepin M, Entrocassi A. Proctitis Infecciosa por Chlamydia Trachomatis. *Rev Argent Coloproct*. 2019; 2: 57-64.
8. Svidler López L, La Rosa L, Entrocassi A, Caffarena D, Santos B, Fermepin M. Linfogranuloma venéreo rectal, Buenos Aires, Argentina. *Emerg Infect Dis*. 2019; 25 (3): 598-599.
9. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 37 AÑO XXIII - Diciembre de 2020.
10. Repiso-Jiménez JB, Fernandez-Morano T, Rivas-Ruiz F, de Troya-Martin M Lymphogranuloma Venereum in a Public Health Service Hospital in Southern Spain: A Clinical and Epidemiologic Study. *Actas Dermosifiliogr*. 2020; 111:743-51

Rectal lymphogranuloma venereum: an emergent clinical presentation

Lymphogranuloma venereum is a rare sexually transmitted infection (STI) caused by serotypes L1, L2 and L3 of *Chlamydia trachomatis*.

For over a decade, there has been a considerable increase in the incidence of LGV proctitis in almost exclusively men who have sex with men with STI risk behaviors.

Four cases of rectal LGV are reported.

Keywords: lymphogranuloma venereum, proctitis, *Chlamydia trachomatis*, sexually transmitted disease.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>