

NÓDULOS PENEANOS, UNA RARA MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LINFOGRANULOMA VENÉREO

VIVIANA LEIRO¹, JUAN MANUEL HERNAYES¹, PATRICIA FERNÁNDEZ PARDAL¹,
MAURO CORINGRATO¹, ESTEBAN MARONNA², MARTÍN VACCHINO³

¹Unidad de Dermatología, Hospital F. J. Muñiz, ²División Anatomía Patológica, Hospital F. J. Muñiz,
³Servicio de Enfermedades de Transmisión Sexual, Instituto Nacional de
Enfermedades Infecciosas ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Viviana Leiro, Hospital F. J. Muñiz, Uspallata 2272, 1282 Buenos Aires, Argentina.

E-mail: vivianaleiro@gmail.com

Recibido: 10-I-2023

Aceptado: 17-IV-2023

Resumen

El linfogranuloma venéreo es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por las serovariedades L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*. Una forma rara de presentación del estadio primario es la linfangitis localizada en pene, con la formación de uno o más nódulos linfáticos tensos clásicamente llamados “bubonódulos” (bubón pequeño). Presentamos el caso de un paciente HIV positivo con conductas de riesgo para ITS con nódulos peneanos como manifestación de linfogranuloma venéreo

Palabras clave: linfogranuloma venéreo, nódulos en pene, bubonódulos

Abstract

Penile nodules, a rare clinical manifestation of lymphogranuloma venereum

Lymphogranuloma venereum is a sexually transmitted disease caused by L1, L2 and L3 serovars of *Chlamydia trachomatis*. A rare clinical presentation of the primary stage is lymphangitis of the penis, with the appearance of one or more tense lymph nodes classically called “buboes”. We report the case of an HIV-positive patient with sexually transmitted disease risk behaviors with penile nodules as a manifestation of lymphogranuloma venereum.

Key words: lymphogranuloma venereum, penile nodules, buboes

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por las serovariedades L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis* (CT)¹.

El linfogranuloma venéreo ha resurgido desde principios de la década de 2000 como causa de proctitis en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)¹.

Presentamos el caso de un paciente HIV positivo con conductas de riesgo para ITS con nódulos peneanos como manifestación de linfogranuloma venéreo.

Caso clínico

Un hombre de 24 años consultó por lesiones en área genital de un mes de evolución. Cuatro meses previos a la consulta se le diagnosticó HIV y sífilis secundaria, había iniciado terapia antirretroviral con tenofovir, lamivudina y dolutegravir y recibido penicilina G benzatínica 2 400 000 U.I. por vía intramuscular. Refería relaciones sexuales sin protección con hombres en los últimos meses.

Exploración física: en frenillo presentaba ulceración de 7 mm, de fondo rojizo, indurada y levemente dolorosa (Fig. 1A). En surco balano-prepucial y cuerpo de pene, 2 nódulos cubiertos por piel sana y blandos a la palpación (Fig. 1A, flecha roja y Fig. 1B) que le generaban dolor. Se

Figura 1 | A: Ulceración en frenillo y nódulo en región lateral derecha de surco balanoprepucial (flecha roja). B: nódulo de mayor tamaño en surco balanoprepucial



evidenciaba edema peneano. El cuadro se acompañaba de adenomegalias inguinales derechas levemente dolorosas y buen estado general.

Exámenes complementarios: prueba treponémica con método de quimioluminiscencia reactiva, VDRL 32 dils (valor previo 128 dils), serologías para hepatitis B y C negativas, carga viral 60 copias/ml y recuento de linfocitos T CD4+ 539 cel/UL, resto sin particularidades. En la ecografía inguinal derecha se observaban adenomegalias hiperecogénicas, con aumento del flujo hiliar y periadenitis, sin abscedación. De la punción de los nódulos peneanos se obtuvo abundante material purulento de coloración amarronada. El estudio de PCR de orina, biopsia de úlcera genital y de punción de nódulo peneano y adenopatía inguinal, resultó positivo para *Chlamydia trachomatis* serovar L2b. El estudio de PCR de la úlcera genital fue negativo para *Treponema pallidum*. El cultivo de material purulento resultó negativo para bacterias y micobacterias. Se realizó biopsia de borde de úlcera que evidenció hiperplasia epitelial, acantosis y paraqueratosis y en corion infiltrado inflamatorio denso compuesto por linfocitos y plasmocitos.

Diagnóstico: Linfogramuloma venéreo.

Evolución y tratamiento: se indicó doxiciclina vía oral 100 mg cada 12 horas por 21 días,

con resolución del cuadro. Se citó a las parejas sexuales de los últimos dos meses.

El paciente firmó el correspondiente consentimiento informado.

Discusión

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por las serovariedades L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis* (CT). Es endémica en regiones tropicales. En los últimos 20 años se ha observado un resurgimiento del LGV en Europa, EE.UU., Canadá y Australia¹ y, a partir del 2017, en Argentina². Los grupos de riesgo para adquirir esta infección son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la infección por HIV, otras ITS, el uso de juguetes sexuales y el fisting³. El período de incubación del LGV es de 3 a 30 días^{3,4}. Presenta 3 estadios evolutivos: el primero se manifiesta con una pápula, pústula o ulceración indolora y transitoria; el segundo con un síndrome inguinal o ano-rectal, esta es la forma más frecuente en la actualidad y, el período terciario, con inflamación crónica y linfedema^{1,2}.

Una forma rara de presentación del estadio primario es la linfangitis localizada en pene, con la formación de uno o más nódulos linfáticos tensos clásicamente llamados “bubonódu-

los” o “bubónulos” (bubón pequeño)⁵⁻⁸. El sitio de entrada de la infección sería el meato uretral o el prepucio⁶. Esta forma clínica fue descrita por primera vez en 1940 por Brandt⁸ y estaría relacionado con un mal estado inmunológico⁵⁻⁸. Dicha manifestación es extremadamente rara, con menos de 10 casos publicados en la literatura, todos en HSH y HIV positivos. La mayoría de los pacientes presentaron una lesión solitaria y algunos 2 a 3 lesiones⁶⁻⁸. En caso de no tratarse pueden persistir por meses y continuar aumentando de tamaño, o ulcerarse y drenar su contenido de manera espontánea^{8,9}. No hay casos descritos de lesiones equivalentes a los bubónulos en mujeres.

El diagnóstico de LGV se realiza mediante muestras bacteriológicas obtenidas de superficies mucosas, de punción ganglionar y de los nódulos. Las pruebas moleculares para el diag-

nóstico de CT y la determinación de la serovariedad es la metodología de elección para el diagnóstico de LGV⁹.

El tratamiento de primera línea es doxiciclina vía oral 100 mg cada 12 horas por 21 días o, como régimen alternativo, azitromicina vía oral 1 g por semana por 3 semanas⁹. Como terapia adyuvante, se recomienda la aspiración de los nódulos fluctuantes⁶.

Es importante descartar coinfección con otras ITS. Las parejas sexuales de los últimos 2 meses deben ser examinadas e iniciar tratamiento empírico¹.

En conclusión, se deben tener presentes los nódulos peneanos como forma de manifestación de LGV en individuos con riesgo de ITS.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Boutin CA, Venne S, Fiset M, et al. Lymphogranuloma venereum in Quebec: Re-emergence among men who have sex with men. *Can Commun Dis Rep* 2018; 44: 55-61.
2. La Rosa L, Svidler López L, Entrocassi AC, et al. Chlamydia trachomatis anorectal infections by LGV (L1, L2 and L2b) and non-LGV serotypes in symptomatic patients in Buenos Aires, Argentina. *Int J STD AIDS* 2021; 32: 1318-25.
3. Leiro V, Fernandez Pardal P, Buscemi L, et al. Linfogranuloma venéreo rectal: presentación clínica emergente. *Actual SIDA infectol* 2021; 29: 150-5.
4. Magdaleno-Tapial J, Hernández-Bel P, Valenzuela-Oñate C, Ocete-Mochon MD, Pérez-Ferriols A. El resurgir del linfogranuloma venéreo, una enfermedad que el dermatólogo debería conocer. *Actas Dermosifiliogr* 2021; 112: 453-7.
5. Spenatto N, Boulinguez S, de Barbeyrac B, Viraben R. First case of “bubonulus” in L2 lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2007; 83: 337-8.
6. Feltes F, Vallés L, Alcaraz I, Kutzner H, Requena L. Lymphogranuloma Venereum: Report of Two Cases with “Bubonulus” As Primary Stage and Immunohistochemical Demonstration of Chlamydia Trachomatis. *J Clin Exp Dermatol Res* 2015; 6: 1.
7. Riera Monroig J, Alamon Reig F, Giavedoni P, Zboromyrska Y, Castrejón N, García Herrera A et al. Penile nodules as a manifestation of lymphogranuloma venereum: an underrecognized form. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022; 36 :69-70.
8. Brandt R. “Bubonulus” in lymphogranuloma venereum. *Arch Derm Syphilol* 1940; 42: 811-3.
9. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021; 70.