

# Linfogranuloma venéreo

*Lymphogranuloma venereum*

**Chernan Zapata-Granja<sup>1</sup>**

## RESUMEN

*El linfogranuloma venereo (LGV) es una infección bacteriana de transmisión sexual con afectación sistémica, causada por la Chlamydia trachomatis de serotipos linfotrópicos: L1, L2, L3, y L2b. El LGV constituye junto con la sífilis, la gonorrea, el granuloma inguinal y el chancroide, las llamadas enfermedades venéreas clásicas. Debido al aumento de casos de LGV, asociados a la pandemia del VIH, esta clamidiosis es considerada en la actualidad como una enfermedad infecciosa reemergente.*

**PALABRAS CLAVE:** Linfogranuloma, venerea.

## ABSTRACT

*Lymphogranuloma Venerum (LGV) is a bacterial sexually transmitted infection with systemic involvement, caused by the Chlamydia trachomatis serotypes immunodeficiency: L1, L2, L3, and L2b. The LGV together with syphilis, gonorrhea, granuloma inguinal and chancroid, the so-called classical venereal diseases constitutes. Due to the increase of cases of LGV, associated with the HIV pandemic, this Chlamydia is currently considered a reemergent infectious disease.*

**KEY WORDS:** Lymphogranuloma, venerea.

## INTRODUCCIÓN

La Venereología es un cimiento importante en el estudio integral de la Dermatología, constituye un tópico complejo que muchas veces no es enseñado a profundidad en el Pregrado de Medicina. Si ya de por sí es complicado discernir clínicamente entre una u otra lesión genital;

para el ojo clínico novel o poco entrenado, la dificultad es mayor; por ello no es de extrañar que se carezca de cifras reales de pacientes venereológicos.<sup>1-3</sup>

El linfogranuloma venéreo (LGV) constituye junto con la sífilis, la gonorrea, el granuloma inguinal y el chancroide, las llamadas enfermedades venéreas clásicas<sup>1,2,4</sup>. Debido al aumento de casos de LGV, asociados a la pandemia del VIH, esta clamidiosis es considerada en la actualidad como una enfermedad infecciosa reemergente.<sup>3-6</sup>

## DEFINICIÓN

El LGV es una infección bacteriana de transmisión sexual con afectación sistémica, causada por la *Chlamydia trachomatis* de serotipos linfotrópicos: L1, L2, L3, y L2b<sup>7-9</sup>. Esta infección también es conocida como: enfermedad de Durand-Nicolás-Favre, linfadenopatía venérea, cuarta venérea, bubón tropical, poroadenitis inguinal o linfogranuloma inguinal.<sup>1,7,10,11</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

En áreas endémicas de LGV como: Africa, Sudeste Asiático y el Caribe, se estima que un 2 a 10 % de úlceras genitales infecciosas son debidas a LGV<sup>2</sup>. Los

1. Dermatólogo Clínica Sánchez Ferrer - Trujillo

hombres presentan frecuentemente la forma aguda de la enfermedad; mientras que las mujeres, consideradas como portadoras asintomáticas, padecen las complicaciones tardías, mayoritariamente<sup>1,7,11,12</sup>. En Europa, Norteamérica y Brasil los casos LGV eran esporádicos, situación que ha cambiado desde la década pasada debido al incremento de infecciones por el VIH, siendo los varones homosexuales los más afectados; en el Perú carecemos de cifras específicas pero, al ser el VIH una pandemia, es de esperar similar panorama.<sup>2,4,5,8,9</sup>

## ETIOLOGÍA

Los agentes etiológicos del LGV son los serotipos de *Chlamydia trachomatis*: L1, L2, L3 y L2b.<sup>7-9</sup>

El serotipo L2b se originó de la recombinación de los serotipos L2 y D<sup>10</sup>. Este serotipo ya había sido reportado, como casos aislados, a inicios de la década de los ochenta en San Francisco<sup>13</sup>; sin embargo, la mayor incidencia se registra desde los primeros años del presente siglo, principalmente en varones homosexuales infectados por el VIH; las mujeres también pueden ser afectadas, aunque en menor grado.<sup>4,8,9</sup>

## PATOGENIA

La enfermedad se adquiere durante el coito o por contacto con exudado de lesiones activas, por lo que la transmisibilidad puede durar años. También es posible el contagio indirecto por fómites o accidentes de laboratorio.<sup>1,7,12</sup>

A diferencia de los serotipos A-K confinados a las mucosas oftálmica y urogenital; el serotipo L y en particular los subtipos etiológicos del LGV, son microorganismos muy invasivos que se diseminan hacia el tejido conjuntivo subyacente y se extienden hacia los ganglios linfáticos regionales, infectan a los macrófagos y de ese modo la enfermedad se torna sistémica.<sup>1,7,10</sup>

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### Lesión primaria o estadio primario

Luego de un período de incubación de tres a treinta días, aparece una pápula o vesícula que se localiza en la zona de inoculación: genitales, recto y ano; la boca y la garganta son reportadas como localizaciones insólitas; un tercio de los pacientes refieren no haber notado lesión inicial alguna<sup>1,3,7,12,14</sup>. En ocasiones puede asociarse exudados: uretral, cérvico uterino o rectal. La lesión primaria se puede ulcerar; alrededor de una semana cura espontáneamente.<sup>1,7,10,12</sup>

### Lesiones secundarias estadio secundario: linfadenitis/linfadenopatía o bubón:

Se inician entre la segunda y sexta semana del brote primario<sup>1,7</sup>. La tombolinfangitis y perilinfangitis se manifiestan con la inflamación de los ganglios linfáticos regionales y tejido circundante; los ganglios mayormente afectados en varones heterosexuales, son principalmente los inguinofemorales isolaterales, estos ganglios tienden a fusionarse, reblandecerse y romperse, formando fistulas crónicas con extensa cicatrización<sup>1,7,10,11</sup>. Las lesiones ganglionares referidas son conocidas como bubas (plural castizo de bubón). Cuando se encuentran afectados los ganglios inguinales y femorales, se nota una separación entre ellos, lo que se conoce como el *signo de la cuerda, ranura o surco* y corresponde al ligamento inguinal, esto se observa en un 15 a 20 % de los casos.<sup>1,6,7,10,11</sup>

En el caso de mujeres, por presentar afectación a nivel de recto, vagina, cuello uterino y uretra posterior, los ganglios de drenaje son los iliacos profundos y perirrectales<sup>1,10,11</sup>. Las linfadenopatías intrabdominales y retroperitoneales se manifiestan con dolor en himiabdomen inferior o en región lumbosacra.<sup>1,7,10,11</sup>

En esta etapa se puede observar: fiebre, escalofríos, malestar general, mialgias y artralgias. La diseminación de la infección se puede manifestar también como: artritis, neumonitis, eritema nodoso, perihepatitis (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis), meningitis aséptica, compromiso cardíaco y ocular.<sup>1,7,10,12,15</sup>

### Lesiones terciarias, estadio terciario o síndrome genitoanorectal:

La mayoría de pacientes se recuperan de las lesiones secundarias sin presentar secuelas. En un pequeño grupo de pacientes (alrededor del 15% de los casos no tratados), principalmente mujeres y varones homosexuales, debido al compromiso retroperitoneal mencionado, la infección persiste o se disemina a los tejidos anogenitales, desencadenando una respuesta inflamatoria crónica, destrucción tisular, proctitis, proctocolitis aguda, fistulas, estenosis rectales, obstrucción linfática y fibrosis de genitales externos (pene en saxofón y estiómene)<sup>1,10,11,16,17</sup>

### LGV epidémico:

La mayoría de casos se deben al serotipo L2b. Se presenta principalmente en varones homosexuales, aunque también se ha reportado en mujeres que practican el sexo anal. Los hallazgos clínicos sugieren procolitis son: dolor rectal severo, exudado rectal hemopurulento, pujo, estreñimiento,



**Figura 1.** bubón inguinal. Paciente del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo.

malestar general y fiebre. Es sólo la asociación con otras infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH y hepatitis C; en contraposición, las úlceras genitales y las bubas inguinales son raras.<sup>4,9,12,13</sup>

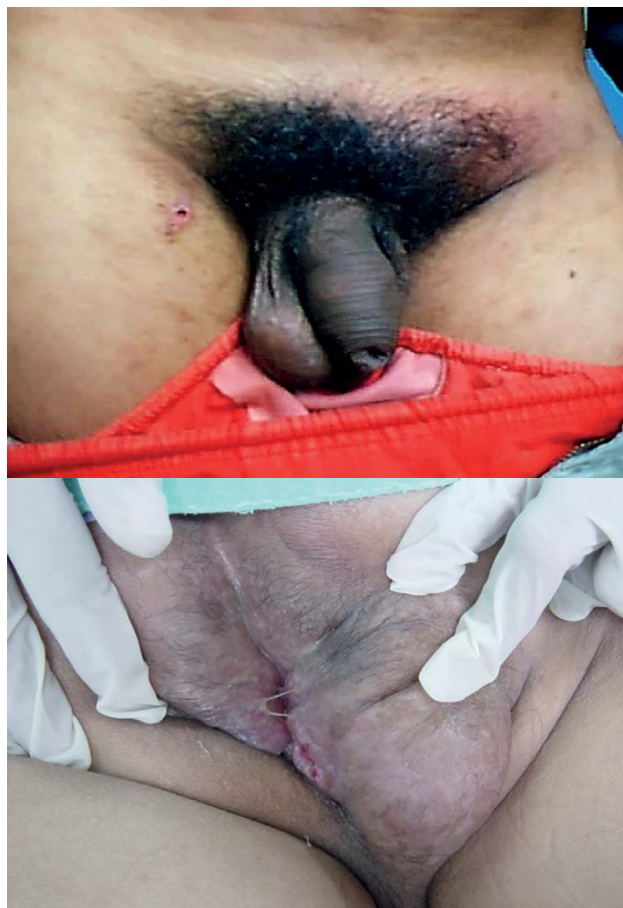
### DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO:

Las muestras para el estudio, según la forma clínica, son obtenidas de: lesión primaria, suero, exudado (uretral, anorectal y cérvico uterino), mucosa anorrectal y aspirado bubónico.<sup>1,10,11</sup>

### Principales técnicas diagnósticas:

#### Cultivo:

Aunque es una de las técnicas más específicas, su sensibilidad puede variar entre 30 a 85 %, dependiendo de la pericia del laboratorio y el tipo de muestra. La complejidad, costo y difusión limitada de esta técnica ha restringido su empleo. No permite diferenciar los serotipos etiológicos, por lo que los casos positivos requieren de las técnicas confirmatorias.<sup>7,11,18</sup>



**Figura 2.** estiómeneo. Paciente del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo.

#### Serología:

La positividad de estas pruebas son sugestivas de LGV. Debido a su mayor invasividad, los títulos de anticuerpos para LGV son más altos que los producidos en otras clamidiosis; aun así, no permite diferenciar entre los serotipos de *C. tracomatis*. Las pruebas séricas no son útiles en lesiones primarias.<sup>1,11</sup>

*Fijación del Complemento (FC)*, positivo si los títulos  $\geq 1:64$ ; *Micro Inmuno Fluorescencia (MIF)*, positivo si los títulos  $\geq 1:256$ , es más específica que la FC.<sup>1,10,18</sup>

#### Técnicas de amplificación del ácido nucleico (Nuclei acid amplification tests: NAATs):

Son altamente sensibles y específicas, por lo que son superiores a las pruebas serológicas. Comprenden a: la reacción en cadena de la polimerasa (Polymerase Chain Reaction: PCR), hebra de amplificación del desplazamiento (Strand Displacement Amplification: SDA) y la amplificación mediada por transcripción (Transcription Mediated Amplification: TMA). No permiten diferenciar

los serotipos etiológicos, por lo que los casos positivos requieren de técnicas confirmatorias.<sup>10,18,19</sup>

#### **Técnicas confirmatorias:**

La PCR para ADN en tiempo real (secuenciamiento de ADN) y los polimorfismos en la longitud de los fragmentos de restricción (Restriction Fragment Length Polymorphism: RFLP) permiten identificar y diferenciar los diversos serotipos etiológicos.<sup>10,18-20</sup>

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

El cuadro clínico y los resultados de laboratorio nos permitirán realizar un adecuado diagnóstico de los casos.

**Caso probable:** cuadro clínico (linfadenopatía inguinofemoral, proctitis o pareja sexual con LGV) y resultado positivo de: cultivo, serología o técnicas de amplificación de ácido nucleico NAAT para *C. trachomatis*.<sup>1,11,18-20</sup>

**Caso confirmado:** identificación de serotipos etiológicos de LGV (serotipos L1, L2, L3 o L2b) mediante ADN secuencial y RFLP.<sup>18,19</sup>

### **HISTOPATOLOGÍA**

Los hallazgos histopatológicos son inespecíficos, las células inflamatorias predominantes varían según el estadio de las lesiones. Se aprecia ulceración; infiltrado inflamatorio mixto, constituido por polimorfonucleares, histiocitos, plasmocitos, y células gigantes multinucleadas<sup>3,20</sup>. En los ganglios afectados la arquitectura normal es remplazada por fibrosis y abscesos estrellados. Los cuerpos de Gamma-Favre, formaciones correspondientes a los microorganismos intracelulares en áreas de necrosis y supuración, rara vez son identificados con tinciones como Giemsa, Gram tisular de Brown-Hops y Warthin-Starry<sup>20,21</sup>. En las biopsias anorrectales pertinentes, la criptitis y los abscesos cripticos son los hallazgos más frecuentes y se asemejan a los encontrados en la enfermedad intestinal inflamatoria.<sup>11,22</sup>

### **CURSO Y EVOLUCIÓN**

Alrededor del 15% de los pacientes no tratados evolucionan hacia el estadio terciario de la enfermedad pudiendo presentar además de las complicaciones referidas: obstrucción colónica e infertilidad<sup>7,10,11</sup>. El cáncer rectal es reportado como una asociación a tener en cuenta, especialmente en los casos de larga data<sup>11</sup>. En pacientes con infección por el VIH la enfermedad puede tornarse de curso prolongado o con la presentación de cuadros atípicos.<sup>4,7-9,23</sup>

### **PRONÓSTICO**

Cuando el LGV es diagnosticado en los estadios primario o secundario, existe buena respuesta a la antibioticoterapia; sin embargo la presencia de cepas resistentes a la doxiciclina constituye todo un desafío terapéutico<sup>6,7,14,23</sup>. Las reinfecciones y recaídas merecen siempre un llamado de atención, por lo que el seguimiento de los pacientes es importante<sup>6,11,18,23</sup>. Las complicaciones tardías persisten tras la cura infecciosa, requiriendo un enfoque integral y multidisciplinario.<sup>6,11</sup>

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El diagnóstico diferencial es variado y está relacionado con el estadio de las manifestaciones clínicas, incluye, entre otras, los siguientes grupos de enfermedades: infecciosas (sífilis, chancroide, granuloma inguinal, herpes genital, herpes simple, tuberculosis, peste bubónica, enfermedad por arañazo de gato y tularemia), parasitarias (filariosis y leishmaniosis), inflamatorias (hidradenitis supurativa, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, síndrome de Behçet, liquen plano erosivo, pioderma gangrenoso, pénfigo vulgar y enfermedad de Kikuchi) y neoplásicas (carcinoma espinocelular, adenocarcinoma rectal, linfoma no Hodgkin y metástasis locoregionales).<sup>1,3,7,22,24,25</sup>

### **TRATAMIENTO**

#### **Terapia antibiótica**

La doxiciclina en dosis de 100 mg dos veces diarias durante 21 días es el antibiótico de elección. La eritromicina base 500mg cada seis horas por veintinueve días, es el antibiótico de segunda línea y primera opción para gestantes, excluyéndose a la forma de presentación estolato de eritromicina, por su mayor hepatotoxicidad. Aunque algunos expertos recomiendan que 1g de azitromicina semanal durante tres semanas sería efectiva, la evidencia clínica es débil. En caso de parejas sexuales asintomáticas dentro de los sesenta días previos al diagnóstico, recibirán: 1g de azitromicina en dosis única o 100mg de doxiciclina dos veces diarias por siete días; si se les confirma LGV, se procederá según lo inicialmente indicado.<sup>1,6,10,14,18,23,26</sup>

#### **Terapia quirúrgica**

Respecto a las bubas, podrán drenarse percutáneamente, ingresando la aguja por la piel sana circundante; se proscribire la extirpación bubónica por el riesgo de generar fistulas. Los pacientes con estenosis rectal u otras complicaciones avanzadas requerirán las cirugías pertinentes.<sup>7,11,17</sup>



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown TJ, Yen-Moore A, K. Tyring SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. *J Am Dermatol*. 1999;41:511-29.
- Roest RW, van der Meijden WI; European Branch of the International Union Against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. European guideline for the management of tropical genitor-ulcerative diseases. *Int J STD AIDS*. 2001;12(suppl 3):78-83.
- Tchernev G, Salaro C, Carvalho Costa M, Patterson JW, Pietro Nenoff P. Linfogranuloma venereo - "um camaleão clínico e histopatológico?". *An Bras Dermatol*. 2010;85(4):525-30.
- Kropp RY, Wong T; Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005;172:1674-6.
- Hernani BL, Nadal SR. Linfogranuloma venereo: aumento na incidencia sugere surto mundial da doenca. *Rev Bras Coloproct*. 2007;27:224-7.
- Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2010. Diseases characterized by genital, anal, or perianal ulcers. [Internet]. Atlanta (USA): Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2008 [actualizado 28 enero 2011; citado 2 julio 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/genitalulcers.htm#lymphogranuloma>
- Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect* 2002;78:90-2.
- Spaargaren J, Fennema HS, Morrè SA, de Vrie HJ, Roel A, Coutinho RA. New lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* variant, Amsterdam. *Emerg Infect Dis*. 2005;11(7):1090-2.
- Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Götz HM, et al. Resurgence of Lymphogranuloma venereum in Western Europe: an outbreak of *Chlamydia trachomatis* serovar I2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2004;39:996-1003.
- De Vries HJ, Zingoni A, Kreuter A, Moi H, White JA. 2013 European guideline on the management of lymphogranuloma venereum. [Internet]. United Kingdom: International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI); 2013 [actualizado 30 enero 2013; citado 4 julio 2014]. Disponible en: [http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2013/LGV\\_IUSTI\\_guideline\\_2013.pdf](http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2013/LGV_IUSTI_guideline_2013.pdf)
- Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV (CEG/BASHH). 2006 National guideline for the management of lymphogranuloma venereum. [Internet]. Macclesfield (UK): British Association for Sexual Health and HIV; 2003 [actualizado 20 febrero 2006; citado 4 julio 2014]. Disponible en: <http://www.bashh.org/documents/92/92.pdf>
- Goens JL, Schwartz RA, DeWolf K. Mucocutaneous manifestations of chancroid, lymphogranuloma venereum and granuloma inguinale. *Am Fam Physician*. 1994;49:415-25
- Spaargaren J, Schachter J, Moncada J, de Vries HJC, Fennema JMA, Pena AS, Coutinho RA, Morrè SA. Slow epidemic of lymphogranuloma venereum L2b strain. *Emerg Infect Dis* 2005;11:1787-8.
- Tchernev G, Nenoff P, Costa M, Salaro C. Uncommon Extragenital Form of Lymphogranuloma venereum: a "new" therapeutic option for an "ancient disease"? *Medical Review*. 2009;45:77-82.
- Kousa M, Saikku P, Kanerva L. Erythema nodosum in chlamydial infections. *Acta Dermatol Venereol*. 1980;60:319-22.
- Weir E. Lymphogranuloma venereum in the differential diagnosis of proctitis. *CMAJ*. 2005;172:185.
- Aggarwal K, Jain VK, Gupta S. Bilateral groove sign with penoscrotal elephantiasis. *Sex Transm Infect*. 2002;78:458
- Expert Working Group for the Canadian Guidelines on Sexually Transmitted Infections. Canadian guidelines on sexually transmitted. Section 5: Management and treatment of specific infections lymphogranuloma venereum. [Internet]. Manitoba: Public Health Agency of Canada; 2008 [actualizado 01 febrero 2013; citado 2 julio 2014]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-9-eng.php>
- Sturm PD, Moodley P, Govender K, Bohlken L, Vanmali T, Sturm AW. Molecular diagnosis of lymphogranuloma venereum in patients with genital ulcer disease. *J Clin Microbiol*. 2005;43(6):2973-5.
- Hadfield TL, Lamy Y, Wear DJ. Demonstration of *Chlamydia trachomatis* in inguinal lymphadenitis of lymphogranuloma venereum: a light microscopy, electron microscopy and polymerase chain reaction study. *Mod Pathol*. 1995;8(9):924-9.
- Lever WF, Schaumberg-Lever G. Enfermedades bacterianas. En: Lever WF, Schaumberg-Lever G, editores. *Histopatología de la piel*. 7ª edición. Buenos Aires: Intermedica; 1991, p. 325-333.
- Soni S, Srirajakanthan R, Lucas SB, Alexander S, Wong T, White JA. Lymphogranuloma venereum proctitis masquerading as inflammatory bowel disease in 12 homosexual men. *Aliment Pharmacol Ther*. 2010 Jul;32(1):59-65.
- Czelusta A, Yen-Moore A, Van der Straten M, Carrasco D, Styring K. An overview of sexually transmitted diseases. Part III. Sexually transmitted diseases in HIV-infected patients. *J Am Acad Dermatol*, 2000;43:409-32.
- Tchernev G. Lymphogranuloma venereum of the penis mimicking clinically gangrenous pyoderma and presenting histologically as macrophagocytic-histiocytic balanitis. *Medical Review*. 2007;43:90-4.
- Vivekanandarajah A, Krishnarasa B, Hurford M, et al. Kikuchi's Disease: a rare cause of fever and lymphadenopathy. *Clin Med Insights Pathol*. 2012;5:7-10.
- Toomey KE, Barnes RC. Treatment of *Chlamydia trachomatis* genital infection. *Rev Infect Dis* 1990;12 (suppl. 6):S645-55.

Correspondencia:  
Dr. Chernan Zapata Granja  
Email: [info@dermatologochernan.com](mailto:info@dermatologochernan.com)

Recibido: 25-08-16  
Aceptado: 20-01-17

# Linfogranuloma venéreo: Evaluación

**Leonardo Sánchez-Saldaña**

1. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO EN RELACIÓN AL LINFOGRANULOMA VENÉREO?**
  - a. El una infección bacteriana de transmisión sexual con afectación sistémica
  - b. Constituir junto con la sífilis, gonorrea, granuloma inguinal y el chancroide las llamadas enfermedades venéreas clásicas
  - c. El aumento del linfogranuloma venéreo esta asociado a la pandemia del VIH
  - d. Es considerada en la actualidad como una enfermedad infecciosa reemergente
  - e. Todas las opciones son correctas
2. **EL AGENTE CAUSAL DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO ES:**
  - a. Virus HTLV I y II
  - b. Haemophilus ducreyi
  - c. Chlamydia trachomatis de serotipos linfotropos L1, L2, L3 y L2b.
  - d. Calymmatobacterium granulomatis
  - e. Ninguna de las anteriores
3. **EL LINFOGRANULOMA VENÉREO TAMBIEN ES CONOCIDO COMO:**
  - a. Enfermedad de Durand-Nicolás-Favre
  - b. Cuarta enfermedad
  - c. Linfadenopatía venérea
  - d. Bubón dtropica
  - e. Todas las anteriores
4. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO?**
  - a. Los hombres presentan frecuentemente las formas agudas de la enfermedad
  - b. La incidencia es baja en los varones homosexuales
  - c. Las mujeres consideradas como portadoras asintomáticas, padecen las complicaciones tardías
  - d. Son correctas las opciones a y c
  - e. Son correctas las opciones b y c
5. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS NO ES CORRECTO?**
  - a. La enfermedad se adquiere durante el coito o por contacto con exudado de lesiones activas
  - b. No es posible es contagio indirecto por fomites o accidentes de laboratorio
  - c. Los microorganismos invasivos se extienden hacia los ganglios linfáticos regionales
  - d. Los microorganismos infecta a los macrófagos y de este modo se torna sistémica
  - e. El linfogranuloma venéreo epidémico en la mayoría de caso se debe a los serotipos L2b
6. **EL PERIODO DE INCUBACIÓN DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO ES:**
  - a. De 1 a 3 días
  - b. De 5 a 7 días
  - c. De 7 a 14 días
  - d. De 3 a 30 días
  - e. De 2 a 3 meses
7. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS NO ES CORRECTO EN RELACIÓN AL ESTADIO PRIMARIO?**
  - a. La tromboflebitis y perilinfangitis con inflamación de los ganglios regionales es la primera manifestación
  - b. Luego de un periodo de incubación de tres a treinta días aparece una pápula o vesícula en la zona de inoculación
  - c. Las localizaciones más comunes son los genitales, recto y ano
  - d. La boca y la garganta son reportadas como localizaciones insólitas
  - e. En ocasiones puede asociarse exudados uretral, cérvico uterino o rectal
8. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO?**
  - a. En el estadio primario la lesión puede ulcerarse, alrededor de una semana curaa espontaneamente
  - b. Lesiones del estadio secundario se inican entre la segunda y sexta semana del periodo primario
  - c. Es característica del periodo secundario ls linfadenitis linfoadenopática o bubon
  - d. En este periodo se observa el signo de la cuerda, ranura o surco
  - e. Todas las opciones anteriores son correctas
9. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS NO ES CORRECTO EN RELACIÓN A LA INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS REGIONALES DEL PERIODO SECUNDARIO DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO?**
  - a. Los ganglios mayormente afectados en varones heterosexuales son los inguinofemorales isolaterales
  - b. Los ganglios afectados no tienden a fusionarse, rebladencerse y romperse
  - c. Pueden formarse fistulas crónicas con extensa cicatrización
  - d. En mujeres pueden afectarse los ganglios de drenaje iliacos profundos y perirectales
  - e. Las linfadenopatías intrabdominales y retroperitoneales se manifiestan por dolor en hemiabdomen inferior.
10. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO EN EL PERIODO SECUNDARIO DEL LINFOGRANULOMA VENÉREO?**
  - a. Las mujeres pueden presentar afectación nivel de recto, vagina, cuello uterino y uretra posterior
  - b. En esta etapa puede observarse síntomas generales
  - c. Fiebre, escaalofríos, malestar general, mialgias y artraalgias son signos de diseminación de la infección
  - d. Dolor en el hemiabdomen inferior o región lumbosacra es signo afectación intrabdominal
  - e. Todos los anteriores son correctos
11. **LA DISEMINACIÓN DE LA INFECCIÓN EN EL LINFOGRANULOMA VENÉREO SE MANIFIESTAN COMO:**
  - a. Artritis, eritema nodoso
  - b. Neumonitis, compromiso cardiaco
  - c. Perihepatitis
  - d. Meningitis aséptica
  - e. Todas las anteriores
12. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES INCORRECTO DEL ESTADIO TERCIARIO?**
  - a. Se presentan en el 50% de los casos no tratados
  - b. Se presentan principalmente en mujeres
  - c. Se presentan principalmente en varones homosexuales
  - d. Desencadenan una respuesta inflamatoria crónica, destrucción tisular
  - e. Suelen desarrollar proctitis, proctocolitis, fistulas, estenosis rectales, obstrucción linfática y fibrosis de genitales externos
13. **¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES INCORRECTO EN RELACIÓN AL LGV EPIDÉRMICO?**
  - a. La mayoría de los casos se deben al serotipo L2b
  - b. Se presenta en varones homosexales
  - c. Se presenta principalmente en mujeres
  - d. Los hallazgos clínicos son de una procolitis
  - e. Refieren dolor rectal severo, exudado rectal mucopurulento

- 14. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ES ALTAMENTE SENSIBLE Y ESPECÍFICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LGV?**
- Cultivo
  - Técnica de amplificación del ácido nucleico
  - Serología
  - Fijación del complemento
  - Tolas anteriores
- 15. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO EN RELACIÓN AL CURSO Y EVOLUCIÓN?**
- Alrededor del 15% de los pacientes no tratados evolucionan hacia el estadio terciario de la enfermedad
  - Las complicaciones son obstrucción colónica e infertilidad
  - El cáncer rectal es reportado como una asociación a tener en cuenta.
  - Todas las opciones anteriores son correctas
  - Son correctas las opciones b y c
- 16. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS ES CORRECTO EN RELACIÓN AL CURSO, EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO?**
- En pacientes con infección por el VIH la enfermedad se torna crónica
  - Pacientes con VIH presentan cuadros clínicos atípicos
  - Las reinfecciones y recaídas son posibles y requiere atención
  - Las complicaciones tardías persisten tras la cura infecciosa
  - Todas las anteriores son correctas
- 17. LAS MUESTRAS PARA ESTUDIO DEL LGV PUEDEN SER OBTENIDAS DE:**
- La lesión primaria
  - Suero
  - Exudado uretral, anorrectal y cérvico uterino
  - Mucosa anorrectal y aspirado bubónico
  - De todas las anteriores
- 18. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS NO ES CORRECTO EN RELACIÓN A LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE LGV?**
- El cultivo del exudado permite diferenciar los serotipos de *C. trachomatis*
  - Las pruebas serológicas no son útiles para en las lesiones primarias
  - La micro inmuno fluorescencia positivo si los títulos > 1:256, es más específica que la fijación de complemento positivo
  - Las técnicas de amplificación del ácido nucleico son altamente sensibles y específicas
  - La técnica de amplificación del ácido nucleico son superiores de las pruebas serológicas
- 19. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ES CONFIRMATORIA PARA LGV?**
- La PCR para adn en tiempo real (secuenciamiento de ADN)
  - Cultivo
  - La RFLP (polimorfismo en la longitud de los fragmentos de restricción)
  - Opciones a y c
  - Opciones a y b
- 20. ¿CUL DE LOS MEDICAMENTOS ES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA LGV?**
- Eritromicina base 500 mg cada 6 horas por 21 días
  - Asitromicina 1 gramo semanal por tres semanas
  - Doxiciclina a la dosis diaria de 10 mg dos veces al día por 21 días
  - Claritromicina 500 mg dos veces al día por 21 días
  - Penicilina benzatinica 2,400,000 IM dosis única

## RESPUESTAS DE EVALUACIÓN LINFOGRANULOMA VENÉREO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
E	C	E	D	B	D	A	E	B	E	E	A	C	B	D	E	E	A	D	C