



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesión blanquecina en vértice lingual en paciente con virus de inmunodeficiencia humana

White lesion on the apex of the tongue in a patient with human immunodeficiency virus infection

Nuria Vázquez-Temprano*, Jorge Casal Lorenzo, Juan Carlos Rodríguez García y Julio Diz Arén

Unidad de Procesos Infecciosos, Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

Descripción clínica del caso

Varón de 30 años, con infección por el VIH de adquisición sexual (sexo entre hombres), estadio B2, en tratamiento con emtricitabina/rilpivirina/tenofovir disoproxil fumarato con buen control virológico e inmunológico (recuento de CD4 845 células/mm³ y carga viral indetectable). Como antecedentes personales destacables presenta infección pasada por gonococo y lúes, habiendo recibido tratamiento correcto para ambas infecciones de transmisión sexual (ITS).

Acude a consulta de la unidad de procesos infecciosos por aparición de lesión blanquecina localizada en punta de la lengua ([imagen 1](#)), de 3 días de evolución, dolorosa, sin lesiones acompañantes en región genital ni otras localizaciones. Niega fiebre, sensación distérmica, disfagia ni secreción uretral. En la exploración física, se objetiva lesión ovalada, rasposa, en vértice lingual, distribuida hacia hemilengua izquierda y ambas superficies linguales, que no se levanta al raspado. No se palpan adenopatías locorregionales, ni se objetivan otras lesiones en mucosa oral ni genital, siendo el resto de la exploración física normal. Se realiza analítica de sangre en consulta y se recoge muestra de lesión lingual para estudio microbiológico, así como orina para cribado de ITS.

Nos debemos plantear un extenso diagnóstico diferencial en paciente VIH con prácticas sexuales de riesgo, que debe incluir, entre otras, la leucoplasia oral vellosa, candidiasis pseudomembranosa, condiloma por virus del papiloma humano, úlcera postraumática, liquen plano, lúes, lengua saburral o procesos neoplásicos (poco probable por la instauración rápida de la lesión).

Evolución

En el estudio microbiológico de la muestra de la lesión lingual se obtiene PCR positiva para *Chlamydia trachomatis* (CT), por lo que

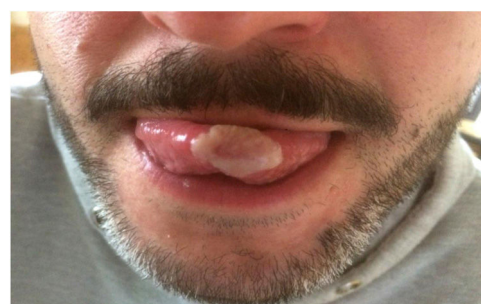


Imagen 1. Lesión blanquecina en la punta de la lengua.

se inicia tratamiento con doxiciclina oral 100 mg/cada 12 h/durante una semana inicialmente, aunque debido a la persistencia de parte de la lesión, se decidió ampliar el tratamiento hasta 21 días, con resolución completa posterior. El resto de los resultados microbiológicos de despistaje de ITS en sangre y orina fueron negativos, y la analítica de sangre no presentaba alteraciones relevantes.

Comentario final

La infección genital por CT es considerada en la actualidad una de las causas más frecuentes de ITS a nivel mundial, y afecta principalmente al grupo de jóvenes menores de 25 años. En el subgrupo de HSH, diversos estudios han demostrado tasas significativas de infección extragenital por CT a nivel orofaríngeo y rectal, con o sin infección urogenital concurrente^{1,2}. Por ello, los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) recomiendan el examen rutinario uretral y anorrectal para CT en HSH, mientras que no se recomienda el cribado a nivel orofaríngeo, debido a su baja tasa de infección, y a que se desconoce la importancia clínica de la afectación en dicha localización³. En varones, su manifestación clínica fundamental es en forma de uretritis, y en mujeres de cervicitis, aunque también se han descrito proctitis, infecciones faríngeas y conjuntivitis. No obstante, del 1-25% de las infecciones

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.vazquez.temprano@sergas.es (N. Vázquez-Temprano).

en los varones son asintomáticas^{4–6}, llegando incluso al 100% en el caso de la infección orofaríngea^{2,7,8}. Esta gran variabilidad podría deberse a las diferentes técnicas empleadas para el diagnóstico (cultivo, inmunofluorescencia directa o pruebas de amplificación de ácidos nucleicos) o a la localización de la muestra. Si la afectación a nivel faríngeo es sintomática, suele manifestarse como faringitis, linfadenopatía localizada o inflamación de la cavidad oral⁵, siendo otras formas de presentación excepcionales. En la revisión realizada de las formas atípicas de presentación, utilizando la base de datos PubMed con terminología anglosajona, no hemos encontrado en la literatura casos descritos de infección por CT que se presenten con una lesión blanquecina en la mucosa oral como en nuestro caso.

Como conclusión, a pesar de que, en la mayoría de los pacientes, la infección orofaríngea por CT es asintomática, debemos tenerla en consideración en aquellos pacientes con prácticas sexuales de riesgo e incluirla en el diagnóstico diferencial de las lesiones blancas de la mucosa oral.

Bibliografía

1. Lutz AR. Screening for asymptomatic extragenital *Gonorrhea* and *Chlamydia* in men who have sex with men: Significance, recommendations and options for overcoming barriers to testing. *LGBT Health*. 2015;2:27–34, <http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2014.0056>.
2. Kent CK, Chaw JK, Wong W, Liska S, Gibson S, Hubbard G, et al. Prevalence of rectal, urethral and pharyngeal *Chlamydia* and *Gonorrhea* detected in 2 clinical settings among men who have sex with men: San Francisco, California, 2003. *Clin Infect Dis*. 2005;41:67–74, <http://dx.doi.org/10.1086/430704>.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR*, 64(RR-3). 2015.
4. Drinkard LN, Huxta RA, Halbritter A, Nguyen GT, Malebranche D. The case for extragenital screening of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in the College Health Setting. *Sex Transm Dis*. 2017;44:274–7, <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000593>.
5. Dudareva-Vizule S, Haar K, Sailer A, Wisplinghoff H, Wisplinghoff F, Marcus U, PARIS study group. Prevalence of pharyngeal and rectal *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* infections among men who have sex with men in Germany. *Sex Transm Infect*. 2014;90:46–51.
6. Pinsky L, Chiarilli DB, Klausner JD, Kull RM, O'Keefe R, Heffer C, et al. Rates of asymptomatic non urethral gonorrhea and chlamydia in a population of university men who have sex with men. *J Am Coll Health*. 2012;60:481–4.
7. Chan PA, Robinette A, Montgomery M, Almonte A, Cu-Uvin S, Lonks JR, et al. Extragenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*: A review of the literature. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2016;2016:5758387, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5758387>.
8. Templeton DJ, Jin F, Imrie J, Prestage GP, Donovan B, Cunningham PH, et al. Prevalence, incidence and risk factors for pharyngeal chlamydia in the community based Health in Men (HIM) cohort of homosexual men in Sydney, Australia. *Sex Transm Infect*. 2008;84:361–3, <http://dx.doi.org/10.1136/sti.2008.032037>.