

pedículo subcutáneo invertido<sup>1,7</sup>, no útiles en este caso porque el defecto quirúrgico incluía dicha región.

Se presenta una cirugía reconstructiva en un solo tiempo del ala nasal y región perialar, mediante un colgajo malar invertido de pedículo subcutáneo, con buenos resultados funcionales y estéticos. Esta técnica supone una herramienta de gran utilidad para la reconstrucción de defectos amplios del ala nasal que afectan al área del surco nasogeniano, imposibilitando la utilización de esta para el diseño del colgajo.

## Bibliografía

1. Spear SL, Kroll SS, Romm S. A new twist to the nasolabial flap for reconstruction of lateral alar defects. *Plast Reconstr Surg.* 1987;79:915–20.
2. Paver R, Stanford D, Storey L. Nasolabial turnover island pedicle flap (Spear flap). En: *Dermatologic Surgery: A manual of defect repair options.* Australia: McGraw-Hill; 2011. p. 47–9.
3. Glenn D, Goldman MD. One-Stage Reconstruction following complete alar loss. *Dermatol Surg.* 2006;32:418–22.

4. Yuste M, Romo A, de Unamuno P. Profilaxis antibiótica en cirugía dermatológica. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:683–9.
5. Rodríguez-Prieto MA. Cirugía topográfica. Reparaciones complejas. En: Rodríguez-Prieto MA, editor. *Cirugía dermatológica de la pirámide nasal.* 2.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012. p. 180–3.
6. Byrd DR, Otle CC, Nguyen TH. Alar batten cartilage grafting in nasal reconstruction: Functional and cosmetic results. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:833–6.
7. Cook JL. Reconstruction of a full thickness alar wound with a single operative procedure. *Dermatol Surg.* 2003;29:956–62.

E. Godoy-Gijón\*, L. Palacio-Aller y M. González-Sabin

*Servicio de Dermatología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España*

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [e.godoy.gijon@gmail.com](mailto:e.godoy.gijon@gmail.com), [dra.e.godoy@gmail.com](mailto:dra.e.godoy@gmail.com) (E. Godoy-Gijón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.07.001>

## Detección de la infección por *Chlamydia Trachomatis* en pacientes que consultan por una infección bacteriana de transmisión sexual



### Detection of *Chlamydia trachomatis* Infection in Patients Seen at a Sexually Transmitted Infection Clinic

Sr. Director:

La infección por *Chlamydia* es la infección bacteriana de transmisión sexual (ITS) más frecuente en Europa, especialmente entre los jóvenes. Según la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> un 10% de los jóvenes, menores de 25 años, activos sexualmente podrían estar infectados, ya sean varones o mujeres, aunque las complicaciones se dan más en mujeres. Según datos oficiales del *European Centre For Disease Control* (ECDC)<sup>2</sup>, determinadas condiciones socioeconómicas así como comportamientos sexuales predisponen a una mayor vulnerabilidad para las ITS<sup>3</sup>.

Diferentes estudios realizados en nuestro medio y en diferentes colectivos estiman una prevalencia de la infección de *Chlamydia trachomatis* (a partir de ahora *Chlamydia*) del 4-6%<sup>4-6</sup>. Hasta el 70% de las infecciones en mujeres<sup>7</sup> son asintomáticas, y la infección por *Chlamydia* favorece la infección por VIH y otras ITS, como la gonococia<sup>8</sup>. En España la infección genital por *Chlamydia* no es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada, y la vigilancia se realiza mediante el Sistema de Información Microbiológica (SIM). En Cataluña es de declaración obligatoria numérica, lo que permitió detectar un incremento del 29% en 2012<sup>9</sup> respecto a 2011.

Hemos realizado un estudio descriptivo prospectivo de la prevalencia de la infección por *Chlamydia* en los pacientes que consultaron entre noviembre de 2012 y noviembre de 2013, por una posible ITS en la Unidad de ITS del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. A todos se les solicitó participar en el estudio, tras firmar consentimiento informado.

Además de la historia clínica y las pruebas complementarias asociadas a su principal motivo de consulta, se les ofreció la toma de muestras uretral en varones y cérvix en mujeres para el estudio de la posible infección por *Chlamydia*. La técnica utilizada fue el test de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) con PCR en tiempo real de la casa SEEGENE (Anyplex<sup>®</sup> CT/NG Real-time), así como detección antigénica por inmunocromatografía. A los pacientes que resultaron infectados se les ofreció el tratamiento correspondiente y se les entregó tarjetas para que sus contactos sexuales también fueran estudiados.

Las variables del estudio se recogieron mediante entrevista personal con el paciente y se hallan en las tablas (tabla 1). Se calculó la prevalencia de la infección por *Chlamydia* para las principales variables del estudio con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). La posible asociación entre la variable dependiente (infección por *Chlamydia*) y las principales variables independientes se estudió mediante el cálculo de la *odds ratio* (OR) y su IC del 95%.

Ciento siete pacientes se incluyeron en el estudio, de los que el 68,2% fueron varones y la mayoría tenían estudios secundarios o universitarios (71,1%). Cerca del 40% de los casos tenían entre 26 y 35 años. El 58,9% afirmó no usar métodos anticonceptivos de forma habitual. Un 5,6% había ejercido la prostitución. La ITS más frecuente por la que acudieron a consulta fueron los condilomas acuminados (47,7%).

La prevalencia de la infección por *Chlamydia* fue del 9,3% (10/107; IC 95%: 3,8-14,9) y confirmaría la indicación

**Tabla 1** Características de los pacientes que consultan por una infección de transmisión sexual en la Unidad de Dermatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, 2013

Variable	Categoría	Frecuencia n = 107	IC95% Porcentaje	(L. inf. L. sup.)
Sexo	Varón	73	68,2	(59,4-77,0)
	Mujer	34	31,8	(23,0-40,6)
Grupo de edad	16-25	39	36,4	(27,3-45,6)
	26-35	42	39,3	(30,0-48,5)
	> 35	26	24,3	(16,2-32,4)
Estudios	Sin estudios o primarios	20	18,7	(11,3-26,1)
	Secundarios	45	42,1	(32,7-51,4)
	Universitarios	31	29,0	(20,4-37,6)
	Formación profesional	11	10,3	(4,5-16,0)
Pareja estable	No	37	34,6	(25,6-43,6)
	Sí	70	65,4	(56,4-74,4)
N.º de parejas/mes	0-1	94	87,9	(81,7-94,0)
	> 1	13	12,1	(6,0-18,3)
N.º de parejas/año	0-1	51	47,7	(38,2-57,1)
	2-3	34	31,8	(23,0-40,6)
	> 3	20	18,7	(11,3-26,1)
Orientación	Heterosexual	97	90,7	(85,1-96,2)
	Homosexual	10	9,3	(3,8-14,9)
Preservativo último contacto	No	64	59,8	(50,5-69,1)
	Sí	43	40,2	(30,9-49,5)
Uso de métodos barrera	No	63	58,9	(49,6-68,2)
	Sí	44	41,1	(31,8-50,4)
Ejercicio de la prostitución	No	101	94,4	(90,0-98,8)
	Sí	6	5,6	(1,2-10,0)
Inicio de los síntomas	< 1 mes	19	17,8	(10,5-25,0)
	1-6 meses	61	57,0	(47,6-66,4)
	> 6 meses	21	19,6	(12,1-27,2)
	Asintomático	6	5,6	(1,2-10,0)
PCR	Negativo	97	90,7	(85,1-96,2)
	Positivo	10	9,3	(3,8-14,9)
Posible origen de la infección	No	50	46,7	(37,3-56,2)
	Sí	57	53,3	(43,8-62,7)
Otras ITS	No	30	28,0	(19,5-36,5)
	Gonococia	3	2,8	(-0,3-5,9)
	Sífilis	3	2,8	(-0,3-5,9)
	Condiloma acuminado	51	47,7	(38,2-57,1)
	Otras	20	18,7	(11,3-26,1)
Identificar contacto	No	54	50,5	(41,0-59,9)
	Sí	53	49,5	(40,1-59,0)
Contactos postinfección	0	48	44,9	(35,4-54,3)
	1	50	46,7	(37,3-56,2)
	> 1	9	8,4	(3,2-13,7)
Contactos localizables	0	52	48,6	(39,1-58,1)
	1	44	41,1	(31,8-50,4)
	2	11	10,3	(4,5-16,0)

IC: intervalo de confianza; ITS: infección bacteriana de transmisión sexual; L. inf: límite inferior; L. sup: límite superior; PCR: reacción en cadena de la polimerasa.

recogida en las guías de investigar esta infección en todos los pacientes que consultan a los servicios sanitarios por cualquier ITS. La prevalencia de la infección fue superior en los pacientes que declararon tener 2 parejas sexuales en el último mes (OR = 11,1; IC 95%: 3,4-72,4) o 3 o más parejas el último año (OR = 5,3; IC 95%: 0,9-31,7) respecto a los que declararon tener una o ninguna. Los pacientes

de orientación homosexual tuvieron mayor incidencia de infección (OR = 5,5; IC 95%: 1,2-26,1). La prevalencia de la infección también fue superior en los pacientes que declararon ejercer la prostitución (OR = 5,7; IC 95%: 0,9-36) y en los pacientes que presentaban gonococia, ya que el 66,7% de los pacientes con gonococia presentaban a su vez infección por *Chlamydia* (OR = 49; IC 95%: 3,0-794,4). Para el resto

**Tabla 2** Factores asociados a la infección por *Chlamydia trachomatis* en los pacientes que consultan por una infección de transmisión sexual en la Unidad de Dermatología del Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, 2013

Variable	Categoría	N	<i>Chlamydia</i>		OR IC 95%	
			N+	%	p valor*	
Global		107	10	9,3		
Sexo	Varón	73	8	(11,0	0,326	1,0 0,5; 0,1-2,6
	Mujer	34	2	5,9		
Grupo de edad	16-25	39	3	7,7	0,472	2,1; 0,2-21,2
	26-35	42	6	14,3	0,168	4,2; 0,5-36,7
	> 35	26	1	3,8		
Estudios	Sin estudios o primarios	20	3	15,0	0,262	2,5; 0,4-13,5
	Secundarios	45	3	6,7		1,0
	Universitarios	31	3	9,7	0,472	1,5; 0,3-8,0
	Profesionales	11	1	9,1	0,594	1,4; 0,1-14,9
Pareja estable	No	37	4	10,8	0,476	1,3; 0,3-4,9
	Sí	70	6	8,6		1,0
N.º parejas último mes	0-1	94	5	5,3		1,0
	> 1	13	5	38,5	0,002**	11,1; 3,4-72,4
N.º parejas/año	0-1	50	2	4,0		1,0
	2-3	34	4	11,8	0,177	3,2; 0,5-18,5
	> 3	22	4	18,2	0,066	5,3; 0,9-31,7
Orientación	Heterosexual	97	7	7,2		1,0
	Homosexual	10	3	30,0	0,028**	5,5; 1,2-26,1
Preservativo último contacto	No	64	6	9,4		1,0
	Sí	43	4	9,3	0,522	0,8; 0,2-3,1
Uso de métodos barrera	No	63	6	(9,5		1,0
	Sí	44	4	9,1	0,493	0,8; 0,2-3,0
Ejercicio de la prostitución	No	101	8	7,9		1,0
	Sí	6	2	33,3	0,099	5,7; 0,9-36,0
Inicio de los síntomas	< 1 mes	19	2	10,5	0,461	2,3; 0,2-28,3
	1-6 meses	61	6	9,8	0,421	2,2; 0,2-19,3
	> 6 meses	21	1	4,8		1,0
	Asintomático	6	1	16,7	0,401	4,0; 0,2-75,6
Posible origen de la infección	No	50	6	12,0	0,282	1,5; 0,4-5,8
	Sí	57	4	7,0		1,0
Otras ITS	No	30	3	10,0	0,262	2,7; 0,4-13,7
	Gonococia	3	2	66,7	0,012**	49,0; 3,0-794,4
	Sífilis	3	1	33,3	0,160	12,2; 0,8-198,6
	Condilomas acuminados	51	2	3,9		1,0
	Otras	20	1	5,0	0,635	1,3; 0,1-15,1
Identificar contacto	No	54	6	11,1	0,383	1,5; 0,4-5,8
	Sí	53	4	7,5		1,0
Contactos postinfección	0	48	4	8,3		1,0
	1	50	4	8,0	0,619	1,0; 0,2-4,1
	> 1	9	2	22,2	0,237	3,1; 0,5-20,5
Contactos localizables	0	52	4	7,7		1,0
	1	44	4	9,1	0,545	1,2; 0,3-5,1
	> 1	11	2	18,2	0,279	2,7; 0,4-16,8

IC; intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

\* Prueba de significación mediante test exacto de Fisher.

\*\* Significación estadística: p valor < 0,05.

de variables el estudio careció de poder estadístico para dilucidar otras asociaciones (tabla 2).

El estudio presenta algunas limitaciones. La información recogida mediante entrevista personal sobre aspectos relacionados como la orientación sexual, hábitos y contactos presenta la limitación de la validez de la información suministrada por el propio paciente. Sin embargo, las entrevistas se realizaron por personal experto en estas infecciones con el adecuado ambiente de confidencialidad. Las técnicas utilizadas presentan una elevada sensibilidad y especificidad, aunque los resultados también pueden ser dependientes de la calidad de la muestra biológica obtenida. Finalmente, la serie de pacientes estudiada es limitada en número y consecuentemente el estudio careció de potencia estadística para dilucidar algunos posibles factores de riesgo para esta infección y estimaciones poco precisas con amplios intervalos de confianza. Sin embargo, a pesar del limitado tamaño de la muestra, el estudio señala 2 factores estadísticamente asociados al riesgo de infección por *Chlamydia*, el número de parejas sexuales en el último mes y la homosexualidad, los cuales también se han identificado de forma repetida en otros estudios<sup>5,8,10</sup>.

## Bibliografía

1. WHO. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission [consultado 30 Dic 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/en/index.html>
2. ECDC. 2012 Annual Epidemiological Report [consultado 24 Abr 2013]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report2012.pdf#page=51>
3. Godoy P. La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gac Sanit.* 2011;254:263-6.
4. Corbeto EL, Carnicer-Pont D, Lugo R, González V, Bascuñana E, Lleopart N, et al. Sexual behaviour of inmates with *Chlamydia trachomatis* infection in the prisons of Catalonia, Spain. *Sex Health.* 2012;9:187-9.

5. Corbeto EL, Lugo R, Martró E, Falguera G, Ros R, Avelilla A, et al. Epidemiological features and determinants for *Chlamydia trachomatis* infection among women in Catalonia, Spain. *Int J STD AIDS.* 2010;21:718-22.
6. Klovstad H, Grijbovski A, Aavitsland P. Population based study of genital *Chlamydia trachomatis* prevalence and associated factors in Norway: A cross sectional study. *BMC Infect Dis.* 2012;12:150.
7. Geisler WM. Duration of untreated, uncomplicated genital *Chlamydia trachomatis* infection and factors associated with *chlamydia* resolution: A review of human studies. *J Infect Dis.* 2010;201 Suppl 2:S104-113S-L.
8. Folch C, Sanclemente C, Esteve A, Martró E, Molinos S, Casabona J, HIVITS-TS. Social characteristics, risk behaviours and differences in the prevalence of HIV/sexually transmitted infections between Spanish and immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc).* 2009;132:385-8.
9. CEEISCAT. Vigilància epidemiològica sentinella de les infeccions de Transmissió Sexual (ITS) a Catalunya. 2012 [consultado 15 May 2013]. Disponible en: [http://www.cceiscat.cat/documents/2012\\_2n\\_semestre\\_ITS.pdf](http://www.cceiscat.cat/documents/2012_2n_semestre_ITS.pdf)
10. Management of genital *Chlamydia trachomatis* infection: A national clinical guideline. Edimburg: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2009.

O. Yuguero<sup>a,\*</sup>, J.M. Casanova<sup>b,c</sup>, A. Manonelles<sup>c,d</sup>  
y P. Godoy<sup>c,e</sup>

<sup>a</sup> Atención Primaria, Región Sanitaria de Lleida, Lleida, España

<sup>b</sup> Sección de Dermatología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

<sup>c</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Lleida, Lleida, España

<sup>d</sup> Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida, Lleida, España

<sup>e</sup> Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Lleida, Agencia de Salud Pública de Cataluña, Lleida, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [oriol.yuguero@gmail.com](mailto:oriol.yuguero@gmail.com) (O. Yuguero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.06.014>

## Fenómeno de Koebner en un liquen escleroso tras una picadura de medusa: una morfología excepcional



### Koebner Phenomenon in a Patient With Lichen Sclerosus Following a Jellyfish Sting: An Exceptional Morphology

El liquen escleroso (LE) es una enfermedad inflamatoria crónica con predilección por la piel de la región anogenital, en la que solo el 6% de los pacientes presenta lesiones extragenitales aisladas; este porcentaje puede ser de hasta el 15% durante la infancia<sup>1</sup>.

Presentamos una paciente en la que se produjeron lesiones de LE tras la picadura de una medusa en el contexto de un fenómeno de Koebner<sup>2</sup>.

Mujer de 13 años de edad, sin antecedentes familiares de interés, que consultó por presentar una placa blanquecina, atrófica y pruriginosa en la región vulvar y el pliegue glúteo, junto con algunas pápulas blanquecinas e induradas dispersas por el tronco. Se realizó una biopsia cutánea que mostró hiperqueratosis ortoqueratósica en la epidermis, con atrofia y degeneración hidrópica de la capa basal junto a edema y homogenización del colágeno, con infiltrado focal perivascular en la dermis papilar compatible con LE. La paciente fue tratada con tacrolimus tópico, mejorando notablemente tras 4 meses. Un año más tarde, estando asintomática, sufrió una picadura de medusa, apareciendo al mes pápulas y