

EE.UU. Todos los casos confirmados de los brotes europeos son del genotipo L2. Una característica común de los brotes de LGV en Europa es la agrupación de casos en redes de hombres homosexuales de grandes ciudades, que frecuentan encuentros sexuales promiscuos, incluyendo contactos internacionales, y prácticas sexuales de riesgo elevado. Generalmente los casos son autóctonos, presentan un síndrome rectal y están coinfectados con otras ITS. El estudio de los contactos resulta infructuoso debido al elevado número de contactos, la mayoría de ellos anónimos. Hasta marzo de 2005, no hay evidencias de que esta infección se haya extendido más allá de estos grupos nucleares. Es probable que los brotes estén relacionados con un cierto deterioro de la salud sexual de determinados grupos de hombres homosexuales entre los cuales ha aumentado la incidencia de algunas ITS como la gonococia y la sífilis desde la última década⁵.

Resumiendo la historia natural del LGV⁶, tras un período de incubación de 3 a 30 días, la lesión inicial consiste en una pequeña pápula indolora, que puede ulcerarse, y desaparecer a los pocos días, sin dejar cicatriz. La lesión puede pasar desapercibida dentro de la uretra, vagina o recto. Entre 2 y 6 semanas después de la lesión inicial se inicia el estadio secundario, que es de afectación linfática, provocando la aparición de uno de los siguientes síndromes, acompañados o no de síntomas constitucionales: *a*) síndrome inguinal, el síndrome clásico del LGV, donde se observan ganglios inguinales y/o femorales unilaterales o bilaterales, inflamatorios, dolorosos (bubos), que pueden ser fluctuantes y llegar a perforarse, o *b*) síndrome rectal, caracterizado por un cuadro de proctitis o proctocolitis con presencia de exudado y rectorragias. En este síndrome no se detectan adenopatías, ya que el drenaje linfático del recto es hacia los ganglios pararectales e ilíacos internos. Las complicaciones rectales más frecuentes son la formación de abscesos perirectales o fístulas que pueden dejar lesiones residuales de estenosis rectal y obstrucción linfática crónica. El diagnóstico se basa sobre todo en los hallazgos clínicos. En los casos con síndrome rectal se pueden observar ulceraciones de bordes irregulares en la mucosa rectal y linforroides a través de la rectoscopia. Los títulos serológicos altos de *C. trachomatis* por microinmunofluorescencia (> 1:128) o fijación de complemento (> 1:256) apoyan el diagnóstico clínico. El diagnóstico de laboratorio se puede realizar mediante la identificación de *C. trachomatis* en la localización de la infec-

ción (adenopatía o recto), bien por inmunofluorescencia directa (IFD) o preferiblemente por detección de ácidos nucleicos, junto con genotipificación mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). En la práctica clínica habitual la genotipificación no está disponible. El tratamiento de elección es 100 mg de doxiciclina cada 12 h durante 3 semanas. Las parejas sexuales que han tenido contactos con pacientes de LGV cuyos síntomas aparecieron a lo largo del último mes anterior al diagnóstico, deben ser evaluadas. En ausencia de síntomas deberían tratarse con 1 g de azitromicina en una dosis única, o con 100 mg de doxiciclina cada 12 h durante 7 días.

A continuación se describen los 2 casos detectados en Barcelona⁷. *Caso 1*: Varón homosexual autóctono de 27 años de edad que acudió a la Unidad de Infecciones de Transmisión Sexual (UITS) el 9/10/2004 por lesión en el tronco del pene y adenopatías inguinales bilaterales de 5 días de duración. Unos 20 días antes le aparecieron dos pequeñas úlceras en el tronco del pene. Poco antes de acudir a la UITS fue atendido en otro centro, donde le prescribieron un antibiótico por vía intramuscular cuyo nombre no recordaba y doxiciclina, tras lo cual empezó a encontrarse mejor. Tenía antecedentes de gonococia uretral en 2003 y era VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) negativo en 2001. Durante los últimos 12 meses, tuvo pareja estable (también diagnosticada de LGV en Amsterdam por aquellas fechas) y relaciones sexuales con otras 6 parejas. La exploración reveló adenopatías inguinales bilaterales dolorosas y dos pequeñas úlceras residuales en el tronco del pene. No presentaba proctitis. Trece días después, solamente presentaba una adenopatía inguinal izquierda de pequeño tamaño. Fue dado de alta asintomático al cabo de 25 días, habiendo completado el tratamiento con doxiciclina durante 21 días. Los resultados de los exámenes microbiológicos fueron serología de sífilis negativa, ausencia de *Neisseria gonorrhoeae* en recto y faringe, *C. trachomatis* positiva en recto (IFD), negativa en faringe (IFD) y en orina (PCR) y serología (EIA) positiva con título medio. Este caso fue considerado como caso posible. *Caso 2*: Varón bisexual de 32 años originario de Colombia y residente en España hacía 4 años, los últimos 3 meses en Barcelona. Acudió a la UITS el 23/12/2004 por tenesmo rectal y sangrado anal desde hacía 6 días. Había tomado antiinflamatorios sin notar mejoría. Tenía antecedentes de sífilis en 2001, gonococia uretral en 2002 y era VIH negativo en 2003. Du-

Brotos de linfogranuloma venéreo entre hombres homosexuales en Europa, 2003-2004

Sr. Editor: El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) sistémica causada por una variedad de *Chlamydia trachomatis* (genotipos L1, L2 y L3), que muy raramente ocurre en los países industrializados. Por el contrario, es endémico en África, en el sudeste asiático y en América central y del Sur¹. Durante décadas el LGV ha sido una enfermedad rara en Europa, considerándose casos importados los enfermos que se detectaban con esta infección. No obstante, en diciembre de 2003 se detectaron casos de LGV entre hombres homosexuales en Rotterdam² que, tras la aparición de más casos en otras ciudades de Holanda, se consideró que se trataba de un brote de LGV³. Desde los primeros casos en Rotterdam, se han detectado entre 2 y 144 en distintos países europeos, en ciudades como Amberes, París, Amsterdam, Londres, Estocolmo, Hamburgo y Barcelona⁴ y también 11 casos en

TABLA 1. Definición de caso de linfogranuloma venéreo en hombres homosexuales

Caso	Síndrome anorrectal o inguinal	Detección de <i>Chlamydia trachomatis</i>	Genotipo de <i>Chlamydia trachomatis</i>
Confirmado	Sí	Positiva	L1, L2 o L3
Posible	Sí	Positiva	Desconocido

rante los últimos 12 meses tuvo dos parejas de cada sexo estables y relaciones sexuales con otras 2 personas. Una de sus parejas masculinas era holandesa, residente en Barcelona y por aquellos días también tuvo molestias gastrointestinales en ausencia de síntomas genitourinarios. La exploración reveló la presencia de exudado rectal. Se administró una dosis de ceftriaxona 250 mg intramuscular y se prescribió doxiciclina 100 mg/12 h. Acudió por segunda y última vez 7 días después, manifestando clara mejoría clínica. Los resultados de los exámenes microbiológicos fueron serología de sífilis y VIH negativas, ausencia de *N. gonorrhoeae* en recto y *C. trachomatis* positiva en recto (IFD). La genotipificación de *C. trachomatis* por PCR demostró genotipo L2. En los 2 casos descritos no se intentó la búsqueda activa de parejas sexuales ocasionales al tratarse mayoritariamente de contactos anónimos. Se informó de la conveniencia de estudiar las parejas estables que desconocieran su situación respecto al LGV.

La red europea de vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, estableció un grupo de trabajo monográfico en 2004 y en abril de 2005 organizó una conferencia europea sobre el tema (<http://www.essti.org>). Como respuesta a estos brotes de LGV y con el propósito de mejorar la sospecha y la detección de los casos, algunos países europeos⁸ han puesto en marcha programas ampliados de vigilancia epidemiológica del LGV. Con la finalidad de aumentar la detección de casos, los médicos de centros de ITS⁹, proctólogos, infectólogos, dermatólogos y microbiólogos, así como profesionales de la salud pública, deberían estar informados de la aparición y características de estos brotes de LGV. Por otro lado y teniendo en cuenta la mayor frecuencia de casos en hombres con prácticas homosexuales, las organizaciones que les agrupan deben ser informadas de la magnitud y consecuencias individuales y de salud pública de este brote. Los hombres homosexuales con síndromes rectal o inguinal y los contactos de casos confirmados de LGV requerirían una investigación más exhaustiva. A nivel clínico debería realizarse una anamnesis y un examen físico detallados –incluyendo rectoscopia en los ca-

sos con síndrome rectal–, cribado serológico de ITS y toma de muestras microbiológicas para la detección de *C. trachomatis*. Al mismo tiempo debería preverse el almacenamiento de una muestra para genotipificación obtenida con escobillón seco. Con la información disponible los casos podrían clasificarse como posibles o confirmados según la tabla 1. Aunque el LGV no sea una enfermedad de declaración obligatoria (EDO)¹⁰, por su novedad y posibles consecuencias en materia de salud pública, los casos detectados deben comunicarse a los responsables autonómicos de vigilancia epidemiológica.

Martí Vall-Mayans^a e Isabel Noguer^b

^aUnidad de Infecciones de Transmisión Sexual. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona. ^bCentro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España.

Bibliografía

- Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect.* 2002;78:90-2.
- Götz H, Ossewaarde T, Bing Thio H, Van der Meijden W, Dees J, De Zwart O. Preliminary report of an outbreak of lymphogranuloma venereum in homosexual men in the Netherlands, with implications for other countries in western Europe. *Eurosurveillance Weekly.* 2004;8:22/01/2004.
- CDC. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men – Netherlands, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53:985-8.
- Van de Laar MJW, Fenton KA, Ison C, on behalf of the ESSTI network. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. *Eurosurveillance Weekly.* 2005;10:02/06/2005.
- Fenton KA, Lowndes CM, the European Surveillance of Sexually Transmitted Infections (ESSTI) Network. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect.* 2004;80:255-63.
- Roest RW, Van der Meijden WI. European guideline for the management of tropical genital-ulcerative diseases. *Int J STD AIDS.* 2001;12 Suppl 3:78-83.
- Vall Mayans M, Sanz Colomo B, Ossewaarde JM. First case of LGV confirmed in Barcelona. *Eurosurveillance Weekly.* 2005;10:03/02/2005.
- Simms I, Macdonald M, Ison C, Martin I, Alexander S, Lowndes C, et al. Enhanced surveillance of lymphogranuloma venereum (LGV) begins in England. *Eurosurveillance Weekly.* 2004;8:07/10/2004. Más detalles en: http://www.hpa.org.uk/infections/topics_az/hiv_and_sti/LGV/lgv.htm [acceso el 27/4/05].
- Vall M por el Grupo de Estudio de los Centros de Infecciones de Transmisión Sexual (GE-CITS) y colaboradores. Nuevos retos de las infecciones sexualmente transmisibles: retomando el papel de los centros de infecciones de transmisión sexual. *Med Clin (Barc).* 2005;125:61-4.
- Díaz Franco A, Noguer Zambrano I, Portero Cano R. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003). *Bol Epidemiol Sem.* 2004;12:221-32.