

“TEMAS ACTUALES EN VENEREOLOGIA”

II. PAUTAS PARA EL DIAGNOSTICO DE LAS URETRITIS

Dra. Susana M. Fiorito (Bacterióloga)

Las uretritis masculinas se dividen de acuerdo con su etiología en dos grandes grupos:

- Uretritis gonocócicas (U.G.)
- Uretritis no gonocócicas (U.N.G.)

Estadísticas mundiales: Inglaterra, Estados Unidos, Suiza, entre otras, señalan que las U.G. configuran el 40 % del total de uretritis masculinas; mientras que el diagnóstico de U.N.G. cubre el 60 % restante. Dentro de las U.N.G. anteriormente llamadas “uretritis no específicas”, diversos especialistas coinciden en señalar a la *Chlamydia tracomatis* como responsable de 40 a 50 % de ellas.

Quedan relegadas a tercer término *Ureaplasma urealyticum*, cuya verdadera patogenicidad en uretritis aún se discute, y que algunos autores señalan con un 20 % de incidencia en U.N.G.; virus herpes, que figura con un 5 % en algunos trabajos y luego un gran fondo común en el cual mencionaremos, *Trichomonas*, *Candida*, *H. vaginalis* (de patología incierta), otros *Mycoplasmas*, etc.

En resumen, en uretritis masculinas debemos considerar dos agentes etiológicos principales: *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia tracomatis*, que abarcan el 65-70 % del total de uretritis.

Hay un grupo de uretritis de etiología mixta, es decir en las mismas se aíslan ambos patógenos; este es el grupo que daría origen a la mayoría de las (U.P.G.) uretritis posgonocócicas, pues el antibiótico usado para tratar el gonoco generalmente no es eficaz contra la *Chlamydia*, como es el caso de penicilina, ampicilina, cefalosporina, espectinomicina o gentamicina.

Uretritis gonocócicas (U.G.)

Durante muchos años hemos incriminado a la mujer como reservorio del gonococo y llegamos a hablar de un 90 % de formas asintomáticas femeninas. Actualmente sabemos que ese porcentaje es menor del 60 %.

El error era debido en parte a un mal diagnóstico de síntomas mínimos (disuria, dismenorrea, flujo, dolor pélvico) y además a estadísticas realizadas sobre contactos femeninos denunciados por pacientes con uretritis.

Pero actualmente investigando contactos masculinos de mujeres con gonorrea comprobada, encontramos un 40-60 % de hombres asintomáticos.

Esto nos indica que el caso infectante de la mayoría de nuestros pacientes masculinos o femeninos será un enfermo asintomático.

Por lo tanto es obligatorio el examen, no sólo clínico, sino también por laboratorio, y cultivo de todo contacto denunciado, presente o no sintomatología.

En los Estados Unidos, estadísticas realizadas en hombres sanos, sexualmente activos, indicaron un 1 a 2 % de portación uretral asintomática de G.C. Aquellos enfermos que no recibieron tratamiento continuaron su portación sin síntomas hasta 5 meses; algunos reversionaron a formas sintomáticas.

Estas infecciones inaparentes, además del peligro epidemiológico que representan, nos preocupan particularmente por ser causa de la mayoría de las formas generalizadas de gonorrea, con artritis, lesiones en piel, hemocultivos positivos a G.C., pudiendo desarrollar meningitis y endocarditis.

El G.C. involucrado correspondería a un auxotipo especial que denominamos AHU —, caracterizado por formas iniciales asintomáticas con rápida generalización ulterior; afortunadamente es en extremo sensible a penicilina.

Para un eficaz diagnóstico de G.C. el laboratorio necesita una muestra correcta y representativa. Es fundamental que el paciente se encuentre sin medicamentos por lo menos 72 horas antes. La higiene rigurosa previa y el conocimiento de la flora habitual en primera porción de uretra y piel de la zona, evitará tomar en cuenta el aislamiento e incorrecto informe de determinados gérmenes saprófitos, erróneamente involucrados en este tipo de proceso.

La labilidad extrema del germen hace necesaria la utilización de un medio de transporte, cuando el material no es sembrado junto al enfermo.

La toma uretral se efectúa introduciendo el ansa o hisopo pretratado 2 ó 3 cm en uretra, raspando las paredes si no existiera secreción visible.

La muestra anal se recoge con hisopo pretratado introducido 2 ó 3 cm y rotando para vaciar las criptas rectales. Recordemos aquí que en homosexuales es obligatorio el muestreo uretral y rectal, y si es posible el faríngeo.

Solamente en la uretritis anterior aguda masculina es válido el diagnóstico por coloración de Gram de un extendido, si éste evidenciara diplococos gramnegativos intracelulares.

En todos los demás casos, el diagnóstico de gonorrea es cultural.

Es fundamental el control de curación de los pacientes tratados, no sólo para evaluar la eficacia de la terapéutica empleada, sino para detectar la presencia de G.C. productores de β -lactamasa, difundidos en los Estados Unidos y Europa, y actualmente detectados en Buenos Aires.

Uretritis no gonocócica (U.N.G.)

Existen algunos datos clínicos que permiten orientarnos hacia una u otra patología (cuadro 1).

CUADRO 1

Características clínicas de la gonorrea y U.N.G.

	Gonorrea	U.N.G.
Período de incubación	2-8 días	10-20 días
Forma de comienzo	brusca	gradual
Disuria	frecuente	variable
<i>Ex uretral</i>		
Amarillo	73 %	36 %
Blanco	27 %	55 %
Claro	0	9 %

de H. Hansfield

En U.G. el período de incubación es corto, el comienzo brusco y el exudado generalmente amarillento; en las U.N.G. la incubación es larga o incierta su iniciación gradual, y la secreción, blanca o clara.

La frecuencia de uretritis a *Chlamydia* aumenta cada año aun en países como Inglaterra, Suecia o Estados Unidos, que han conseguido controlar sus uretritis a G.C.

Chlamydia tracomatis, anteriormente agente T.R.I.C., es causa de diversas manifestaciones clínicas, según el serotipo que se encuentre involucrado: L.G.V. - Tracoma - U.N.G. - Cervicitis - Conjuntivitis, etc. (cuadro 2).

CUADRO 2
Infecciones humanas causadas por Chlamydias

<i>Especies</i>	<i>Sinónimos</i>	<i>Sulfamidas</i>	<i>Iodo</i>	<i>Serotipo</i>	<i>Enfermedad</i>
<i>C. psittaci</i>	subgrupo B	R	no	varios	psitacosis
<i>C. tracomatis</i>	subgrupo A o T.R.I.C.	S	sí	L1, L2, L3	L.G.V.
				A, B, Ca, C	tracoma epidémico
				D, E, F, G, H, I, J, K	U.N.G. cervicitis salpingitis proctitis conjuntivitis neumonía del RN

de H. Hansfield y J. Schachter

El método de diagnóstico por excelencia es el cultivo en células de Mc Coy o HeLa 229, previamente sensibilizadas, e inhibidas sus mitosis; el elemento diagnóstico es la "vesícula clamydial", intracitoplasmática, visible microscópicamente por coloración de Giemsa, inmunofluorescencia, o iodo (cuadro 3).

Los métodos simples como coloración de extendidos directos no tienen aplicación en el diagnóstico de procesos *genitales*, pudiendo utilizarse en cambio en la determinación de las conjuntivitis del recién nacido infectado.

Aunque las técnicas descritas, por su complejidad, quedan reservadas a centros especializados, existe la posibilidad de un buen manejo de un paciente con uretritis de acuerdo con lo señalado hasta aquí (cuadro 4).

CUADRO 3
Sensibilidad de los tests de laboratorio para Chlamydia tracomatis

<i>Test</i>	<i>Sitio anatómico de infección</i>			
	<i>Conjuntiva</i>		<i>Uretra</i>	<i>Cervix</i>
	<i>Neonatos</i>	<i>Adultos</i>		
<i>Extendido directo</i>				
Giemsa	95	45	15	41
Anticuerpos fluorescentes	95	85	60	66
<i>Aislamiento</i>				
Saco vitelino	65	38	26	40
Cultivo de tejido	100	95	100	95
<i>Serología</i>				
Fij. de complemento	—	50	15	40
Microinmunofluorescencia	—	100	90	99

de J. Shachter y Dawson

Se obtienen buenos resultados con técnicas serológicas de microinmunofluorescencia, enfrentando distintas diluciones del suero del enfermo a 4 pools antigénicos (tracoma - L. G. V. - psitacosis - T.R.I.C.).

CUADRO 4
Manejo de las U.N.G.

- 1) *Diagnóstico de uretritis* por coloración de Gram del extendido, evidenciando polinucleares en cantidad significativa (+ 10 x campo).
- 2) *Descartar G.C.* por extendido y cultivo.
- 3) *Tratamiento* (tetraciclina) *simultáneo* con la pareja.
- 4) *Control* a las 2-4 semanas de terminar el tratamiento - Los síntomas deben desaparecer.
- 5) *Fallas de tratamiento.* Investigar:
 - a) ¿Tratamiento correctamente cumplido?
 - b) ¿Otras relaciones sexuales?
- 6) *Recurrencias:* investigar trichomonas, Candida, prostatitis, I.U., estrechez o trauma uretral.

de J. Shachter

Como vemos, sólo se trata de un ordenamiento racional de elementos simples ya conocidos, de acuerdo con su mayor o menor incidencia y la mejor utilización de nuestras actuales posibilidades diagnósticas y terapéuticas.



‘Rohypnoi’[®]

La más moderna constelación en el universo
de los hipnóticos

Comprimidos birranurados con 2 mg
caja con 10 y 30



Ampollas (1 ml) con 2 mg
caja con 6



'Syntrogel'

Roche

**simplemente
un antiácido...**

**pero,
antiácido-antiácido**

Comprimidos
masticables
envases con 20 y 40