



Uretritis no gonocócica

Non gonococcal urethritis

Gladys Chanco-Ramírez¹

RESUMEN

La uretritis no gonocócica (UNG) es una infección de la uretra causada por patógenos que no es la *Neisseria gonorrhoeae*¹, caracterizada clínicamente por una secreción uretral mucoide, mucopurulenta o transparente. Es una manifestación común de infección transmitida sexualmente entre los varones, presente en el 20 a 30% de los pacientes que acuden a los servicios de enfermedades de transmisión sexual. La mayoría de los casos se observa en jóvenes sexualmente activos. La *Chlamydia trachomatis* típicamente se presenta entre el 30 - 50% de los casos de uretritis no gonocócica, el *Mycoplasma genitalium* en el 10 - 30%, adenovirus 2 - 4% y virus del herpes simple (VHS-1 y VHS-2) en el 2 - 3%⁴. Otros agentes patógenos implicados incluyen *Ureplasma urealyticum*, *Haemophilus spp*, *Streptococcus spp*, *Gardenerella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* y *cándida spp*. En este artículo se hace una revisión del tema.

PALABRAS CLAVE: Uretritis, infección, transmisión sexual.

Dermatol Peru 2019; 29 (4): 240-242

ABSTRACT

Non-gonococcal urethritis (NGU) is an infection of the urethra caused by pathogens other than *Neisseria gonorrhoeae*¹, clinically characterized by a mucoid, mucopurulent, or transparent urethral discharge. It is a common manifestation of sexually transmitted infection among men, present in 20 to 30% of patients who attend services of sexually transmitted diseases. Most cases are seen in sexually active youth. *Chlamydia trachomatis* typically occurs in 30 - 50% of cases of non-gonococcal urethritis, *Mycoplasma genitalium* in 10- 30%, adenovirus 2 - 4% and herpes simplex virus (HSV-1 and HSV-2) in 2 - 4%. Other pathogens implicated include *Ureplasma urealyticum*, *Haemophilus spp*, *Streptococcus spp*, *Gardenerella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* and *candida spp*. This article reviews the topic.

KEY WORDS: Urethritis, infection, sexual transmission.

INTRODUCCIÓN

La uretritis no gonocócica (UNG) es un diagnóstico de exclusión tradicionalmente aplicado a las uretritis que ocurren en varones y que no están producidas por *Neisseria gonorrhoeae*¹, caracterizada clínicamente por una secreción uretral mucoide, mucopurulenta o transparente^{1,2}. Mientras que uretritis *postgonococica* (UPG) se refiere a un cuadro de uretritis, también en varones, que ocurre pocas semanas después de otro cuadro de uretritis tratado con antibióticos sin actividad contra clamidias. El término "uretritis inespecífica" no se recomienda, ya que implica el desconocimiento del agente causal¹.

EPIDEMIOLOGÍA

La Uretritis no gonocócica es una manifestación común de infección transmitida sexualmente entre los varones³, presente en el 20 % a 30 % de los pacientes que acuden a los servicios de enfermedades de transmisión sexual¹. La mayoría de los casos se observa en jóvenes sexualmente activos. Es una infección común en hombres y mujeres.

1. Médico Dermatóloga de la Filia Sur - Arequipa.

La mayoría de los casos ocurre entre los 15 y 35 años; siendo susceptible todas las edades. En relación al sexo, por definición la UNG sólo afecta a hombres; la cervicitis mucopurulenta puede ser el equivalente en el sexo femenino¹. Solo se conoce el reservorio humano.

ETIOLOGÍA

La uretritis no gonocócica es una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en el hombre, y aún no se han identificado el patógeno en un 20% a 50% de los casos⁴. La *Chlamydia trachomatis* típicamente se presenta entre el 30% - 50% de los casos de uretritis no gonocócica, el *Mycoplasma genitalium* en el 10% - 30%, adenovirus 2% - 4% y virus del herpes simple (VHS-1 y VHS-2) en el 2% - 3%⁴. Otros agentes patógenos implicados incluyen *Ureplasma urealyticum*, *Haemophilus spp*, *streptococcus spp*, *Gardenerella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* y *cándida spp*.

La *Chlamydia* se ha aislado con más frecuencia que el *M. genitalium* en pacientes jóvenes y los dos microorganismos raramente coexisten en el mismo individuo⁴. *Trichomona vaginalis* ha sido aislado con mayor frecuencia en hombres mayores de 30 años. El rol exacto del *U. urealyticum* en la UNG es controvertida, si bien ha sido aislado entre el 30% - 40% de varones jóvenes sexualmente activos. Se ha identificado dos especies: *U. parvum* y *U. urealyticum*, y en algunos estudios se han aislado *U. urealyticum* entre el 5% - 10% de UNG⁴.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN

La mayoría de los gérmenes que causan UNG pueden transmitirse sexualmente (vaginal, anal u oral) que implica el contacto de las mucosas directo con la persona infectada¹. Causas no sexuales pueden ser infecciones del tracto urinario, próstata inflamada, cateterismo, estreches uretral, entre otras.

Durante el parto (perinatal), los bebés pueden estar expuestos a los gérmenes causantes de la UNG en el paso por el canal del parto. Estos pueden hacer que el bebé tenga infecciones en los ojos, orejas y los pulmones.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El periodo de incubación usualmente es de 2 a 3 semanas (1 a 5 semanas) después del contacto sexual. La susceptibilidad del huésped es universal.

Es frecuente que la UNG sea subclínica. Los síntomas de la UNG en los hombres incluyen descarga uretral, disuria, prurito uretral, irritación del pene. Figura N° 1 y 2. Los

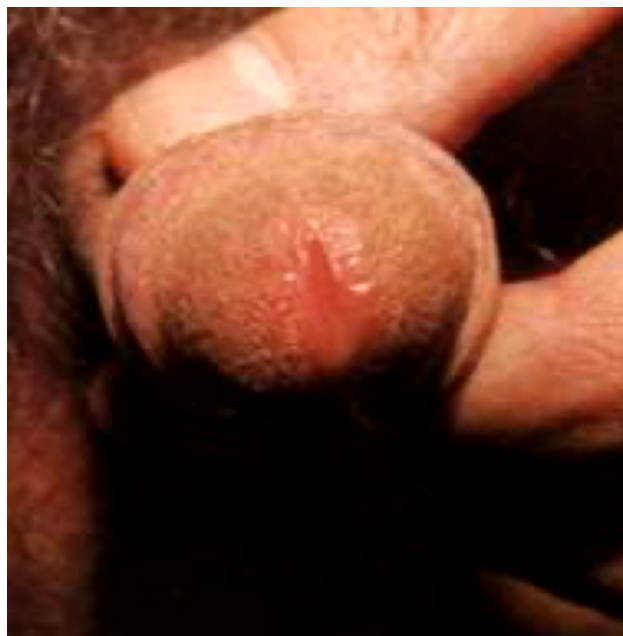


Figura N° 1. Descarga uretral mucóide por el meato.

síntomas de la UNG en la mujer puede incluir secreción vaginal, disuria; el dolor abdominal o sangrado vaginal anormal puede ser una indicación de que la infección ha progresado a enfermedad pélvica inflamatoria^{1,4,5,6}.

Las infecciones anales u orales pueden ocurrir tanto en hombres como en mujeres. Las infecciones anales pueden causar picazón rectal, secreción o dolor durante



Figura N° 2. Uretritis no gonocócica. Gota transparente de descarga uretral.

la defecación. Las infecciones orales pueden ocurrir, pero cerca del 90% de estas infecciones son asintomáticas. Algunas personas tendrán dolor de garganta.

Los signos clínicos incluyen secreción uretral mucosa o mucopurulenta, aunque puede ser francamente purulenta en ocasiones. Muchos pacientes no presentan secreción evidente. En ocasiones eritema meatal.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de uretritis se realiza generalmente al detectar leucocitos en el exudado uretral. El estudio microscópico de la secreción uretral mediante la tinción de Gram y presencia de 5 a más polimorfonucleares por campo de inmersión ($\times 1000$), en la zona de mayor celularidad en monocapa; ausencia de diplococos Gram negativos^{1,4}. Una prueba sencilla y no invasiva que permite también diagnosticar la uretritis es la detección de piuria, mediante la técnica de la esterasa leucocitaria, en una muestra de orina obtenida al principio de la micción^{1,4,5}. Análisis microbiológico para *Chlamydia trachomatis* son necesarios las pruebas de amplificación de ADN o el cultivo. En ocasiones prueba para VHS.

COMPLICACIONES

En los hombres, las complicaciones pueden incluir, epididimitis, que puede conducir a la infertilidad si no se trata, síndrome de Reiter, artritis reactiva, conjuntivitis y lesiones cutáneas. En las mujeres enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad, dolor pélvico crónico, uretritis, proctitis, vaginitis, cervicitis mucopurulenta y aborto espontáneo.

TRATAMIENTO

1. Régimen recomendado
 - a. Azitromicina 1,0 gramo vía oral en una dosis simple.
 - b. Dicloxacilina 100 mg dos veces al día por 7 días.
2. Régimen alternativo
 - a. Eritromicina 500 mg dos veces al día por 7 días.

b. Ofloxacina 200 mg dos veces al día o 400 mg por día por 7 días.

c. Levofloxacina 500 mg vía oral una vez al día por 7 días.

3. UNG persistente

a. Metronidazol 2 gramos por vía oral en una simple dosis

b. Tinidazol 2 gramos vía oral en una simple dosis.

4. UNG residivante

a. Doxiciclina 100 mg 2 veces al día por 7 días

b. Eritromicina 500 mg 2 veces al día por 7 días.

c. Ciprofloxacina 500 mg 2 veces al día durante 2 a 3 semanas.

PREVENCIÓN

Explorar y tratar a las parejas.

SEGUIMIENTO

Debe realizarse un control 7 días después del tratamiento y un cultivo dos meses después del mismo para comprobar persistencia o reinfección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Handsfield H. Hunter. Enfermedades de transmisión sexual, 2da ed. Madrid, Ed. Marbán Libros, S.L. Madrid. 2002: 153-159
2. Valdivia Blondet Luis. En Tincopa Wog O. Tema de enfermedades de transmisión sexual, 1º Ed. Trujillo, Ed. Libertad E.I.R.L. 1992:75-83.
3. Seña Arlene C; Cohen Myron S, Swygard H. Urethritis in adult men, www.update.com 2014 UpDate.
4. Bradshaw CS, Tabrizi SN, Red TR, Garland SM, Hopkins CA, Moss LM, Fairley CK. Etiologies of nongonococcal urethritis: bacterial, virus, and association with orogenital exposure. *J Infect Dis* 2006;193(3):336.
5. Shahmanesh M, Moi H, Lassau F, Janier M. European Guideline on the management of non – gonococcal urethritis, 2009.
6. Maeda Shin- Ichi, Yasuda M, Ito s, Seike K, Ito S, Deguchi T. Azithromycin treatment for nongonococcal urethritis negative for *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Ureplasma parvum*, and *Ureplasma urealyticum*. *International Journal of Urology* 2009;16:215-216.

Correspondencia: Dra. Gladys Chanco Ramírez
Email: gkari_18@hotmail.com.

Recibido: 06 – 09 - 18
Aceptado: 28 – 11 - 18