



# PIEL

## FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

[www.elsevier.es/piel](http://www.elsevier.es/piel)



### Revisión

## Protocolos y manejo práctico de pacientes con secreción uretral o vaginal patológica



## Protocols and practical management of patients with pathological urethral or vaginal discharge

Vicente Manuel Leis Dosil\* y Carolina Garrido Gutiérrez

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

### Introducción

Las enfermedades que se presentan como cuadros de secreción uretral o vaginal alterada constituyen un grupo heterogéneo, incluyendo tanto procesos no infecciosos como verdaderas infecciones, de transmisión sexual (ITS) o no.

Con finalidad académica los vamos a clasificar en 3 categorías: uretritis, cervicitis y cuadros de secreción vaginal alterada. Es preciso aclarar de antemano que en la clínica a veces esta delimitación no resulta tan clara y existe solapamiento.

Algo común en el manejo de todos estos cuadros es la anamnesis, que debe recoger, además de la información relativa a los síntomas del paciente, los antecedentes de ITS previas y los tratamientos recibidos, el número de parejas en el último año y tipo de relaciones sexuales practicadas con ellas, frecuencia y forma de uso de métodos anticonceptivos de barrera y situación vacunal del paciente.

El diagnóstico y tratamiento de las uretritis en varones está bastante bien protocolizado, no es así en el caso de las pacientes con cervicitis o secreción vaginal patológica. Los avances en técnicas diagnósticas microbiológicas han permitido descubrir la implicación de nuevos gérmenes en estos procesos patológicos, dejando obsoletos algunos conceptos clásicos. El mejor conocimiento de la compleja flora vaginal normal y su dinámica, así como de los mecanismos inflamatorios desencadenados en el cérvix

también ha permitido definir y entender mejor estas enfermedades.

A la hora de interpretar y seguir los protocolos emitidos por las diferentes sociedades científicas internacionales hay que tener en cuenta que las relaciones sexuales son, en parte, un acto social influido por la cultura de cada población, y también que pueden existir diferencias geográficas en la prevalencia de los gérmenes causales y en su patrón de resistencias antibióticas, de tal modo que habrá que adaptar esas recomendaciones generales a nuestra situación particular.

### Uretritis

Se caracterizan por la inflamación de la uretra y las glándulas periuretrales, de origen infeccioso o no (tabla 1). Por su etiología se clasifican en 2 grandes subtipos: uretritis gonocócicas y no gonocócicas. Esta clasificación no es solo académica, ya que tiene implicaciones terapéuticas.

Aparte de por la clínica característica, existen unos criterios diagnósticos citológicos que son la presencia de 10 o más polimorfonucleares por campo de 400 aumentos en el primer chorro de orina centrifugada, o bien de 5 o más polimorfonucleares por campo de 100 aumentos de frotis uretral. Estos criterios tienen varias limitaciones; por una parte, obtendremos un falso positivo en casos de piuria, y por otra, la sensibilidad baja mucho en casos de uretritis sin exudado franco (de un 60-80% baja a un 30-40% según las series)<sup>1</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vmleis@gmail.com](mailto:vmleis@gmail.com), [vmanuel.leis@salud.madrid.org](mailto:vmanuel.leis@salud.madrid.org) (V.M. Leis Dosil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.piel.2014.11.003>

0213-9251/© 2014 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

**Tabla 1 – Etiología de las uretritis**

Subtipo de uretritis	Agentes etiológicos
Uretritis gonocócicas	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Uretritis no gonocócicas	<i>Chlamydia trachomatis</i> , serotipos D-K (15-40%) <i>Ureaplasma urealyticum/Mycoplasma hominis/Mycoplasma genitalium</i> (15-25%) <i>Trichomonas vaginalis</i> Virus herpes simple Hongos Adenovirus Enterobacterias y flora orofaríngea Causas no infecciosas

Existe un porcentaje no desdeñable de casos asintomáticos o con clínica poco evidente, sobre todo de uretritis no gonocócica, pero no por ello dejan de ser contagiosos. Esto obliga a ser lo más riguroso posible en el establecimiento de la cadena de contactos ante el diagnóstico de un caso índice. Es una fuente de controversia el posible beneficio que supondría un despistaje en poblaciones con elevada prevalencia de uretritis, como en adolescentes y jóvenes sexualmente activos y hombres que tienen sexo con hombres<sup>2</sup>. Se dispone ya de kits diagnósticos, para los gérmenes más frecuentes, utilizables en el ámbito doméstico o en atención primaria, que permitirían evaluar a una mayor cantidad de población. En los últimos años se han ensayado campañas de información en redes sociales, ofreciendo la posibilidad a los usuarios de remitir muestras de forma sencilla para diagnóstico de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) o *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*), teniendo mucha aceptación, y permitiendo llegar a grupos de población de alto riesgo y que por diversos motivos socioeconómicos no acudirían a una clínica tradicional<sup>3-6</sup>. En el resto de los casos, sintomáticos, el paciente consultará generalmente por la presencia de un exudado uretral que puede ser seroso, purulento, mucopurulento o incluso hemorrágico en casos muy inflamatorios. Podrá referir disuria, polaquiuria, prurito uretral o quemazón al orinar. En la exploración, además de las características del exudado, se podrá observar a veces eritema y edema perimeatal.

### Uretritis gonocócicas

La *N. gonorrhoeae* produce una uretritis muy sintomática. Más del 80% de los pacientes presenta exudado, que es marcado y purulento en el 70%. Además, más de un 50% notará disuria<sup>7</sup>.

La prueba diagnóstica más sencilla, rápida y rentable es la demostración de diplococos gramnegativos intracelulares en el estudio directo del frotis con tinción de Gram. De todas formas es posible cultivarlo en medio agar chocolate, obteniéndose así la confirmación de la infección en pocos días y, lo que es más importante, un antibiograma.

Por supuesto se puede detectar la presencia de material genético bacteriano mediante PCR. De hecho los test de

amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) son más sensibles que el cultivo, y son de elección para la detección de gonococo en muestras rectales y faríngeas, teniendo en cuenta en este último caso que la especificidad puede bajar al encontrarse en la faringe otras especies de *Neisseria*<sup>7</sup>.

En España es necesario recordar que la coinfección con VIH en pacientes que son hombres que tienen sexo con hombres supera el 20%; esta población además supone más de la mitad de los casos registrados de gonorrea en un estudio reciente en nuestro país, y en ellos, a diferencia de las mujeres o los hombres que tiene sexo exclusivamente con mujeres, la incidencia está aumentando<sup>8</sup>. Otra población de riesgo en la que la incidencia se está incrementando, y sobre la que las autoridades sanitarias deben también concentrarse, son los adolescentes; en un trabajo en Cataluña los casos de gonorrea en adolescentes entre 13 y 15 años pasaron de uno en el primer semestre de 2012 a 9 en el mismo periodo de 2013<sup>9</sup>.

### Uretritis no gonocócicas

El agente responsable más frecuente es con diferencia *C. trachomatis*. La infección por *C. trachomatis* es muy prevalente en la población, debido a su carácter asintomático en muchas ocasiones y su tendencia a la cronicidad. Se estiman más de 100 millones de nuevos casos al año en el mundo<sup>10</sup>. En un estudio realizado en adolescentes en Asturias se encontró una prevalencia del 4,3% en varones; se comprobó además que este riesgo aumentaba cuando no se utilizaban métodos anti-conceptivos de barrera rutinariamente<sup>11</sup>.

Los antígenos clamidiales se unen a los toll-like receptor 2 y 4 en el epitelio del tracto genital masculino y de células inflamatorias, liberándose citocinas que desencadenan una inflamación crónica que puede, en ciertos casos con predisposición genética, evolucionar a una enfermedad autoinmune<sup>12</sup>.

Las uretritis por *C. trachomatis* generalmente son poco expresivas, siendo asintomáticas en un 50% de los casos. En aquellos casos en los que existe exudado, este es seroso y moderado. Algunos pacientes referirán únicamente síntomas uretrales, sin secreción, siendo muy útil para el diagnóstico la presencia de eritema alrededor del meato.

En cuanto al diagnóstico, las últimas recomendaciones de los Centers for Disease Control and Prevention de Atlanta son la realización de TAAN, ya que superan en sensibilidad y especificidad a las anteriores técnicas diagnósticas, si bien es útil que los cultivos se sigan realizando en algunos centros, para vigilancia de resistencias antibióticas y en casos de abusos sexuales a menores. Hacen extensiva esta recomendación al diagnóstico de las infecciones por *N. gonorrhoeae*<sup>13</sup>. Se ha hecho un interesante estudio económico en Inglaterra demostrando el beneficio económico que supondría dotar a los centros de enfermedades de transmisión sexual de la tecnología necesaria para realizar TAAN; el ahorro se debe sobre todo a que al tener los resultados en el mismo día se evitarían tratamientos innecesarios<sup>14</sup>.

### Tratamiento de las uretritis

Ante un paciente con uretritis es imprescindible garantizar el cumplimiento terapéutico para evitar nuevos contagios. Del

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3220717>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3220717>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)