Uretritis y cervicitis

Autores

Luis A. Salvador Herrero [1]
Luisa F. Sidro Bou [1]
Guillermo Pérez Cervelló [2]
Núria Freixenet Guitart [3]
Alicia Balanzá Garzón [3]
Pascual Bort del Río [4]

1. Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutores de atención primaria de la UD MFyC de Castellón.

2. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

3. Médicos Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

4. Diplomado Universitario en Enfermería.

Centro de Salud Serra d'Espadá. Vall d'Uxó. Castellón.

Guías Clínicas 2005; 5(19)

Elaborada por médicos con revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:
La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Puntos clave

- La uretritis es un síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta y disuria, aunque puede ser asintomática. Habitualmente (aunque no siempre) es transmitida por contacto sexual.
- Hasta el 80% de mujeres con infección por Chlamydia y 50% por gonococo pueden estar asintomáticas.
- Hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta Chlamydia-gonococo, por lo que algunos expertos recomiendan que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos. El tratamiento debe ser iniciado lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha, y después de la recogida de muestras adecuadas, si es posible.
- Hasta un 25% de los casos de uretritis quedan sin una etiología clara, pese a los intentos diagnósticos.

¿De qué hablamos?

La uretritis es un síndrome caracterizado por secreción uretral mucopurulenta o purulenta y/o disuria, aunque puede ser asintomática. Habitualmente (aunque no siempre) es transmitida por contacto sexual. Es la ETS más frecuente en el varón. Se clasifican en uretritis gonocócica (UG) y uretritis no gonocócica (UNG), según se aísle o no N. gonorrhoeae.

La cervicitis es el equivalente femenino, y se caracteriza por la inflamación y secreción de la mucosa endocervical. Se estudian de forma conjunta, ya que la co-infección es frecuente, y se aconseja que el tratamiento cubra los patógenos más frecuentes.

Puede deberse a:

- N. gonorrhoeae (25%)
- Chlamydia trachomatis, serotipos D-K (15-40%)
- Ureaplasma urealyticum / Mycoplasma hominis / M. genitalium (10-40%)
- Otros:
  - Trichomonas vaginalis (4%)
  - Herpes simplex
  - Haemophilus
  - Hongos
  - Adenovirus
  - Enterobacterias (sobre todo en práctica de coito anal en papel de activo)
  - Flora orofaríngea (práctica de sexo oral)
  - Causas no infecciosas: traumática, autoinmune, alérgica, …
  - Agente desconocido (hasta un 25%)

Clínica

En varones: La infección es asintomática en el 1-3% de varones con gonococia y hasta en el 50% con chlamydia.

- Secreción uretral (80%) mucosa, mucopurulenta o francamente purulenta, escasa o abundante, que a veces es sólo evidente tras expresión uretral (purulenta y abundante más frecuentemente en gonococia).
- Disuria (50%), polaquiuria, piuria.
- Irritación de la uretra distal y/o meato.
- Dolor irradiado a epidídimo

Grados de Recomendación

[A] Existen pruebas sólidas para hacer esta recomendación. Existen estudios o alguna revisión sistemática de buena calidad con resultados homogéneos y claros.

[B] Existen pruebas suficientes para hacer la recomendación con claridad. Hay al menos un estudio de muy buena calidad o múltiples estudios con diseño aceptable que la sustentan.

[C] Existen pruebas limitadas. Al menos algún estudio aceptable.

[D] No hay pruebas basadas en estudios clínicos. La recomendación se sustenta únicamente en la opinión de expertos.

- Pueden existir síntomas ano-rectales (dolor, tenesmo) en práctica de coito anal, o síntomas faríngeos inespecíficos ante práctica de sexo oral, aunque más del 90% de afecciones faríngeas son asintomáticas.

En mujeres: Hasta el 80% de mujeres con infección por Chlamydia y 50% por gonococo pueden estar asintomáticas

- Flujo vaginal (frecuentemente coexisten cervicitis y vaginitis)
- Dolor abdominal hipogástrico (5-25%), que puede hacer sospechar Enfermedad Inflamatoria Pélvica.
- Sangrado intermenstrual o postcoital (cérvix inflamado y friable, que puede sangrar al contacto).
- Secreción cervical purulenta o mucopurulenta (50%)
- Dispareunia "profunda"
- Disuria, polaquiuria, poco común (clínica similar a una cistitis). Una piuria con cultivo de orina negativo en una mujer sexualmente activa puede deberse a una uretritis

Diagnóstico

Diagnóstico de uretritis/ cervicitis gonocócica. Período de incubación de 2 a 7 días.

- Tinción de Gram de la secreción, obtenida de la uretra en el varón o del canal endocervical en la mujer (las muestras recogidas de vagina no suelen ser adecuadas). La observación de diplococos Gram-negativos intraleucocitarios nos da el diagnóstico de presunción (sensibilidad y especificidad de 95% en varones; sensibilidad de 45-85% y especificidad de 90% en mujeres). La presencia media de 5 ó más leucocitos PMN/campo (a 1.000x) en el frotis ó 10 ó más PMN en muestra de primera orina (tras un período sin micción de al menos 4 horas), tras el examen de al menos 5 campos con una alta concentración de leucocitos, sugiere el diagnóstico de uretritis. Algunos autores dan el mismo valor a un resultado positivo para leucocitos en las tiras reactivas de orina (detección de esterasas leucocitarias); los casos positivos deben ser remitidos para cultivo.
- Cultivo (método de elección) de la secreción uretral o cervical, o de la primera orina. Incluir muestra faríngea y/o rectal, en los casos en que se considere oportuno por la historia sexual. Remitir las muestras antes de 24 horas. Permite la realización de antibiograma.
- Enzimoinmunoanálisis (EIA), puede realizarse en muestra de orina.
- Métodos de detección de ADN (PCR –Polimerase Chain Reaction-, LCR –Ligase Chain Reaction-), si no está disponible el cultivo o se retrasa el transporte de la muestra. Sólo están disponibles en algunos centros.

Diagnóstico de uretritis/cervicitis por Chlamydia. Período de incubación de 2 a 6 semanas. La infección asintomática es frecuente, tanto en hombres como en mujeres.

- Cultivo. La muestra debe incluir células epiteliales, ya que Chlamydia es un parásito intracelular obligado; el pus no contiene gérmenes suficientes. En varones, introducir la torunda 1-2 cm. En la uretra, rotar y extraer; en mujeres, es preferible la toma endocervical.
- Métodos de detección de ADN: sensibilidad de 98-100%. Puede realizarse en una muestra de orina, e incluso se recomienda, sobre todo en varones, por su mayor sensibilidad. Son técnicas caras, no al alcance de todos los laboratorios.
- Métodos de detección de antígenos (sensibilidad 70-90%, especificidad 96-100%): Inmunofluorescencia directa, Enzimoinmunoanálisis (EIA).

Tratamiento

Hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta Chlamydia-gonococo, por lo que algunos expertos recomiendan que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos (elegir un fármaco de cada columna). El tratamiento debe ser iniciado lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha, y después de la recogida de muestras adecuadas, si es posible. Hasta un 25% de los casos de uretritis quedan sin una etiología clara, pese a los intentos diagnósticos.

Sin tratamiento, los síntomas pueden remitir en un plazo de semanas o meses, aunque el sujeto, probablemente, siga siendo contagioso. En infecciones por Chlamydia no tratadas se ha constatado la persistencia del germen al menos durante 15 meses.

La simple detección de Ureaplasma urealyticum (tasas de colonización del 5-20%) o de Mycobacterium hominis en pacientes asintomáticos no es indicación de tratamiento. Sí se recomienda tratamiento con Eritromicina a las gestantes con rotura prematura de membranas con alta tasa de colonización por U. urealyticum, para evitar la infección neonatal.
Azitromicina 1gr. dosis única posee una tasa de curación para gonococo del 95%, y puede ser más alta con una dosis de 2 gr., aunque con mayores efectos gastrointestinales, siendo igualmente eficaz en etiología no gonocócica.

Ofloxacino y Levofloxacino también pueden ser eficaces como único fármaco en el tratamiento de los gérmenes más frecuentes (pauta larga), siendo Ofloxacino igual de eficaz que Azitromicina y Doxiciclina para Chlamydia.

En caso de necesidad, pacientes adolescentes mayores de 45 Kg. de peso pueden ser tratados con quinolonas a las mismas dosis que los pacientes adultos.

En infección faríngea se recomienda Ceftriaxona, Cipro u Ofloxacino [B].

En España, la Ceftriaxona está considerada de "Diagnóstico Hospitalario".

Tratamiento durante el embarazo y lactancia
El tratamiento aconsejado durante el embarazo y la lactancia es Cefixima, Ceftriaxona, Amoxicilina + Probenecid o Espectinomicina MÁS Eritromicina o Azitromicina (estudios recientes demuestran que Azitromicina es segura durante el embarazo).

Tratamiento de las parejas sexuales
Un tercio de los varones, y la mayoría de las mujeres cuyas parejas tienen chlamydias están infectados. Deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o del último contacto, si hace más de 60 días, o hasta 6 meses en el caso de las parejas de varones con UNG asintomáticos.

Uretritis / Cervicitis recurrente o persistente

La simple presencia de síntomas, sin signos clínicos o hallazgos de laboratorio de inflamación uretral no es base suficiente para re-tratamiento. En caso de procesos recurrentes, deberemos indagar sobre:

- Incumplimiento terapéutico: volver a hacer el tratamiento en caso de que no se haya realizado co-

Etiología gonocócica (todos monodosis)	Etiología no gonocócica (Chlamydia)
Cefixima: 400 mg. oral	Azitromicina: 1 gr., dosis única (A-Ia)
Ceftriaxona: 125-250 mg. im. (A)	Doxiciclina: 100 mg./12 h. x 7 d. (A-Ia)
Cefuroxima axetilo: 1 gr. oral	Eritromicina*: 500 mg./6 h. x 7 d. (A) ó 500 mg./12 h. x 14 d. (A-Ib) ó 250 mg./6 h. x 14 d.
Ciprofloxacino: 500 mg. oral (A)	Minociclina: 100 mg./d. x 9 d. (A)
Ofloxacino: 400 mg. oral (A)	Ofloxacino: 200 mg./12 h. x 7 d. (A-Ib) ó 400 mg./d x 7 d. (A-Ib)
Levofloxacino: 250 mg. oral	Levofloxacino: 500 mg./d. x 7 d.
Norfloxacino: 800 mg. oral	
Espectinomicina: 2 gr. im. (A)	
Amoxicilina: 2-3g.+ Probenecid: 1g. (B)	
Azitromicina 1 (ó 2) gr.	
Cefpodoxima proxetilo: 400 mg. oral	
Ceftibuteno: 400 mg. oral	

(*) Las dosis de Eritromicina mencionadas en esta Guía se refieren a Eritromicina base. 800 mg. de Etilsuccinato de Eritromicina equivalen a 500 mg. de Eritromicina base.

rrectamente.
- Tratamiento de la pareja sexual, en caso de que no se haya hecho.
- Re-exposición con una pareja sexual no tratada o con una nueva. La causa más frecuente de reaparición de los síntomas tras un tratamiento correcto es la reinfección, más que el fallo terapéutico.
- En pacientes con síntomas persistentes, sospecharemos infección por otros patógenos, o una causa no infecciosa (alérgica, autoinmune).
- Si el paciente ha seguido el tratamiento prescrito inicialmente, y se puede descartar una re-exposición, sospecharemos causas infrecuentes de uretritis. El tratamiento aconsejado es:
  Metronidazol: 2 gr., dosis única (posibilidad de Trichomonas) + Eritromicina: 500 mg./6 h. x 7 d. (p. de U. urealyticum resistente a tetraciclinas)

Ante la persistencia de síntomas tras 2 ciclos de tratamiento antibiótico, el re-tratamiento de la pareja y la Eritromicina, 500 mg/6 horas x 3 semanas pueden ser de utilidad.

Seguimiento

No es necesario el seguimiento sistemático de los pacientes correctamente tratados con una pauta para gonococo y Chlamydia cuyos síntomas hayan desaparecido y no hayan vuelto a tener relación con un contacto no tratado. Sí es recomendable el control en embarazadas y en pacientes que hayan seguido tratamiento con Eritromicina o Amoxicilina (menos eficaces), 3 semanas tras finalizar el tratamiento.

Posibles complicaciones
- En varones:
  - Epididimitis / Orquioepididimitis
  - Prostatitis
- En mujeres:
  - Enfermedad inflamatoria pélvica (salpingitis, endometritis). Chlamydia causa el 50% de los casos; un 10-20% de gonococias no tratadas pueden producir EIP. La enfermedad, tanto sintomática como asintomática, puede ser causa de estenosis tubárica, que puede desencadenar infertilidad o embarazo ectópico.
  - Perihepatitis, periapendicitis.
- En ambos:
  - Infección gonocócica diseminada (1-2% de gonococias no tratadas): fiebre, artritis, dermatitis, endocarditis, meningitis, …
  - Síndrome de Reiter: tríada de uretritis, artritis reactiva (inflamación estéril de membrana sinovial, fascia o tendón) y conjuntivitis o uveítis, con o sin lesiones cutáneo-mucosas. Se da con más frecuencia en sujetos con HLA B-27.

Bibliografía

Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of gonorrhoea in adults. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002

Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of non-gonococcal urethritis. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002 [Acceso 20 de Abril de 2005].

Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline for the management of Chlamydia trachomatis genital tract infection. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002.

Brocklehurst P. Antibióticos para la gonorrea en el embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

California gonorrhea treatment guidelines. [Internet]. California: Department of Health services, Sexually Transmisses Diseases; revised june 25, 2003. [Acceso 20 de Abril de 2005].

Centers for Disease Control and Prevention. Diseases characterized by urethritis and cervicitis. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Recomm Rep 2002 May 10;51(RR-6):30-42.

Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline for the management of Chlamydia trachomatis genital tract infection. [Internet]. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002. [Acceso 20 de Abril de 2005].

National Guideline on the Management of Non-gonococcal Urethritis. Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD). 2002 national guideline on the management of non-gonococcal urethritis. [Internet]. London: Association for Genitourinary Medicine (AGUM), Medical Society for the Study of Venereal Disease (MSSVD); 2002. [Acceso 20 de Abril de 2005].

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation – Chlamydia - genital.[Internet]. 2000; Last revised in December 2002. [Acceso 20 de Abril de 2005].

Prodigy Guidance. Prodigy Clinical Recommendation – Urethritis - male. [Internet]. Inglaterra: Prodigy; 2000, revisada en sptiembre de 2004. [Acceso 20 de Abril de 2005].

Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Bell JC, Peat B, Gilbert GL. Antibiotics for Ureaplasma in the vagina in pregnancy (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Genital Chlamydia trachomatis Infection. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of genital Chlamydia trachomatis infection. A national clinical guideline. [Internet]. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2000 Mar. 26 p. (SIGN publication; no. 42). [Acceso 20 de Abril de 2005].