

"TEMAS ACTUALES EN VENEREOLOGIA"

I. LAS URETRITIS INFECCIOSAS DEL VARON

Dr. Rolando C. Hereñú (Urólogo)

No he de cometer la imprudencia de extenderme, frente a este auditorio de especialistas en Urología, en la descripción de los síntomas tan clásicos de una uretritis aguda producida por el Gonococo de Neisser, actualmente llamado *Neisseria gonorrhoeae*: la aparición luego de 2 a 7 días de un contacto infectante, de ardor uretral miccional y espesa supuración amarillenta, a veces achocolatada si es hemorrágica, es harto conocida.

Sin embargo, tal vez no sea tan sabido que hay una buena cantidad de infectados con sintomatología apagada y hasta inaparente: no menos de un 20 % de formas masculinas agudas iniciales, acaso hasta más del 50 % resultan ser poco ostensibles. No hace falta ni decir en qué medida estos cuadros, poco o nada manifiestos, pueden dificultar cualquier intento de control epidemiológico. Estas infecciones inaparentes se deberían a características propias de la cepa actuante, como también a condiciones inmunológicas del paciente, o ambos factores combinados.

Conviene insistir, por otra parte, en que la gonococia tiene diversas localizaciones iniciales que pueden darse y una variada gama de posibilidades de extensión en el organismo ("infección gonocócica generalizada"). Me permito recordar, en el cuadro que aquí expongo, una clasificación de formas clínicas de la enfermedad en ambos sexos que hemos difundido hace ya algunos años.

Gonococia aguda urogenital	masculina	aguda baja	uretritis anterior
			prostatitis
		aguda alta	espermatocefalitis
			epididimitis
femenina	aguda baja	uretritis	
		skenitis	
		aguda alta	bartholinitis
			cervicitis
Gonococia crónica urogenital	masculina	baja	en las niñas:
		alta	vulvovaginitis
	femenina	baja	endometritis
		alta	salpingitis
Formas extra-urogenitales primitivas	masculina	baja	pelviperitonitis
		alta	peritonitis
	femenina	baja	diseminada
		alta	perihepatitis
		anorrectal	
		orofaríngea	
		oftálmica	
		dérmica	

Formas extra-urogenitales secundarias o metastásicas	}	artritis
		endocarditis
		meningitis
		pleuritis
		hepatitis
		septicemia
Secuelas	}	irritativas no gonocócicas ("gérmenes comensales")
		fibróticas
		estenosis uretrales
		cavitaciones prostáticas
		estenosis epidídimo deferenciales
		estenosis cérvico-uterinas
		estenosis de trompas
		bridas peritoneales en la mujer

Los casos que aparecen atenuados de entrada, como también las persistentes secreciones uretrales más fluidas, blanquecino opalescentes, que continúan después de tratar una gonococia uretral auténtica, plantean posibilidades etiológicas diversas. En los centros especializados de más vasta experiencia se admite que las uretritis por Gonococo no llegan a cubrir más de 40 % del total de cuadros infecciosos de la uretra masculina. Las *Chlamidias* y en menor medida el *Ureaplasma urealyticum* (antes conocido como *Mycoplasma T*), también las *Tricomonas*, la *Candida albicans* y otros agentes patógenos, se reparten la responsabilidad (aunque de manera despereja y no muy establecida) en las uretritis "no gonocócicas" o "inespecíficas". Recuérdese, por lo demás, que hay infecciones simultáneas producidas en muchos casos por dos o más agentes patógenos.

La *Chlamidia* es la causa "no gonocócica" actualmente más conocida y su patología cada vez mejor definida. Produce lesiones locales similares al Gonococo aunque siempre más atenuadas, con menos agresividad y por lo tanto con secuelas fibróticas de mucha menor magnitud; pero se sabe que también es capaz de diseminaciones canaliculares y hematógenas. La epididimitis (a veces sin previa uretritis descubrible) en hombres jóvenes la tendría como etiología más frecuente, siendo en cambio la flora coliforme la que más se da en edades mayores. La conjuntivitis y la artritis son las localizaciones clamidiales a distancia, secundarias, más difundidas. Unidas a la uretritis en forma simultánea o sucesiva, constituyen (con la secreción uretral "abacteriana" clásica) el síndrome de Reiter ("síndrome uretroconjuntivo-sinovial") siendo así las *Chlamidias* las responsables de la mayoría, si no de la totalidad, de estos cuadros clínicos, conocidos desde la Gran Guerra del 14 en Francia y Alemania sin haberse descubierto una etiología cierta hasta estos últimos años.

¿Cómo puede el urólogo estar seguro acerca de cuál es la etiología verdadera de un caso individual determinado? El "ojo clínico" debe dar lugar hoy en día a una investigación de laboratorio prolijamente practicada, con los medios necesarios. Insisto, "con los medios necesarios". De otro modo, la fuente de error es simplemente trasladada del médico clínico o del urólogo a un laboratorista: éste informará lo que ve o lo que sospecha, pero no podrá, si no se ajusta a lo que es exigible, dar opinión fundada sobre agentes que no esté en condiciones de descubrir fehacientemente. Y podrá señalar como presunto culpable a un

simple germen comensal, como el tan frecuente e injustamente incriminado *Estafilococo epidermidis* y otros cuya recuperación en cultivos da lugar a tantos equívocos y tantos fracasos terapéuticos. Otras veces se nos dirá que se trata de una supuración "amicrobiana", evidenciando casi siempre la falta de recursos para descubrir el verdadero patógeno en juego.

Ya nos dará noticia la Dra. Fiorito sobre cuáles son las técnicas microbiológicas que en la actualidad deben ser procuradas: algunas de ellas todavía están en proceso de concreción para la práctica clínica de todos los días.

Con respecto al tratamiento de las uretritis gonocócicas, sólo señalaremos en este momento que no deben usarse drogas tuberculostáticas ni tampoco —al menos sin las precauciones imprescindibles— aquellas capaces de enmascarar una sífilis, que puede hallarse en incubación: recuérdese que según algunos, un 15 % de gonocócicos agudos contrajeron y tienen aún incubando una sífilis cuando consultan con su uretritis supurada; si bien otros admiten apenas un 3 % o algo menos, la coexistencia de ambas enfermedades es una eventualidad cierta y muy repetida en la práctica. La incubación de la sífilis en relación a la de la gonococia es mucho más prolongada: de ahí las posibilidades de que, por iatrogenia, puedan modificarse desfavorablemente los signos clínicos correspondientes a la secuencia evolutiva natural de la lúes, sin erradicarla, sino por el contrario, desfigurando o suprimiendo la aparición de manifestaciones precoces que quedarían así peligrosamente ignoradas.

Será útil entre nosotros tener en cuenta las Normas o Pautas que periódicamente difunde la Secretaría de Estado de Salud Pública acerca de las drogas disponibles para gonococia y para sífilis, y su uso recomendado.

Una conveniente acotación: el Gonococo invade y coloniza el citoplasma de un parásito que a menudo se le asocia, un protozoo flagelado de amplia propagación, la *Trichomona vaginalis*. Dentro de este vehículo, la *Neisseria* no es alcanzada por los antibióticos con que se pretende combatirla y ésta es una forma ya hace unos años conocida en que la enfermedad gonocócica "resiste" al tratamiento. Ante tal asociación, hay que destruir la Tricomona con los fármacos apropiados, al mismo tiempo que combatir el diplococo con el antibiótico elegido, única manera de conseguir el éxito.

Por último, señalaremos que por el momento el tratamiento de las infecciones por *Clamidas* y aparentemente también las que origina el *Ureaplasma urealyticus*, sigue siendo en base a tetraciclinas, prolongadas por tres semanas.

A continuación la doctora Fiorito nos expondrá lo que debemos conocer acerca del apoyo bacteriológico disponible frente a un cuadro de uretritis.

Luego el doctor Woscoff mostrará una serie de dermatosis genitales masculinas, venéreas algunas, no venéreas otras, pero que pueden prestarse a la duda en tal sentido.

Finalmente, cerrando las exposiciones de esta Mesa, el doctor Flichman ilustrará la utilidad del Laboratorio en el diagnóstico positivo de la sífilis.