

## URETRITIS

Dra. Evelyn Pacheco Mercado  
Médico Familiar Policlínico Miraflores

### I. DEFINICIÓN

Es la sensación de ardor y dolor durante la micción, asociada a frecuentemente a la eliminación de secreciones anormales por la uretra, principalmente de característica mucopurulenta, de comienzo intermitente y predominantemente de origen infeccioso; en las mujeres en edad reproductiva esta asociada a un 3 al 10 % de los casos de disuria.

En el sexo masculino aquellos comprendidos entre los 20 y 35 años son los más afectados y esta relacionada en su mayoría a enfermedad de transmisión sexual, sobre todo en aquellos sexualmente activos, promiscuos y en aquellos que practican relaciones sexuales anales sin preservativo.

### II. CLASIFICACIÓN

- 1- Uretritis Gonocócica secundaria a una Infección por transmisión sexual, agente causal la Neisseria Gonorrea.
- 2- Uretritis no gonocócica o inespecífica

### III. EPIDEMIOLOGÍA

Los factores que incrementan las probabilidades de uretritis en pacientes con disuria incluyen antecedentes de una nueva pareja sexual, pareja con uretritis y parejas con múltiples parejas sexuales, ya que esta enfermedad se transmite con las relaciones sexuales y el coito oral, debe considerarse que esta infección puede persistir durante meses, incluso puede ser asintomática.

Las personas sensibles a los químicos utilizados en espermicidas o lubricantes, cremas o espumas anticonceptivas pueden sufrir de uretritis, de igual forma aquellos pacientes que utilizan sondas uretrales por periodos prolongados de tiempo.

### IV. FISIOPATOLOGÍA

Suele desarrollarse por la contaminación de la uretra distal con gran cantidad de microorganismos por contacto sexual o instrumentación y posterior invasión e infección

de la mucosa y las glándulas periuretrales , causando una respuesta inflamatoria local.

En ambos sexos la **uretritis inespecífica** es la más frecuente, siendo la Chlamydia Trachomatis según gran número de estudios la causa de uretritis no gonocócica en el 40% de los casos, otras especies asociadas a la uretritis son el Micoplasma genitatum en un 25%, el Ureaplasma urealyticum entre el 15 a 25% (pero debe considerarse que el 50% de infección por este germen es asintomática), la Trichomona Vaginalis ocupa un 17%; en los agentes virales están el virus del Herpes simple y el Citomegalovirus, en raros casos. También se han aislado bacilos coneiformes en hombres de edad avanzada y homosexuales.

La **uretritis Gonocócica** es secundaria a una infección de transmisión sexual causada por la Neisseria Gonorrea y ocupa el segundo lugar de causa de uretritis en general, recordemos que la primera causa es la uretritis por clamidia.

### V DIAGNOSTICO

#### Clínica:

El diagnóstico de uretritis requiere de la demostración de un exudado uretral inflamatorio. Puede no haber descarga de líquido si el paciente a orinado recientemente y de preferencia debe examinarse a los pacientes varias horas después de la micción

La **secreción ureteral** presente en el 95% de los casos es el síntoma sobresaliente de la uretritis..La secreción puede ser escasa, profusa, purulenta o clara. El 75% de los pacientes con uretritis gonocócica describe la secreción como purulenta y de eliminación espontánea por uretra. La demostración de derrame a menudo requiere de "ordeño" uretral. Las secreciones tienen a aparecer menos purulentas poco después de la micción cuando la infección comienza a resolverse las secreciones se tornan mucoides.

Los pacientes con uretritis no gonocócica suelen tener una secreción más escasa y menos purulenta y es menos probable que tengan disuria

y secreción simultánea. Esta secreción puede presentarse solo por la mañana o a lo largo de todo el día. Puede presentarse sangre en la orina o el semen.

La **disuria** se asocia con la micción, pero puede persistir entre los episodios miccionales, es de inicio brusco en el sexo masculino (a diferencia del sexo femenino que en ocasiones tiene un inicio intermitente); la disuria suele presentarse dentro de los 4 días de la exposición, no obstante los síntomas pueden retardarse hasta 2 semanas, el dolor es de tipo interno con urgencia miccional.

La uretritis no gonocócica suele aparecer de 7 a 14 días después de la exposición, pero puede retardarse hasta 5 semanas; los síntomas suelen ser menos intensos que la uretritis gonocócica.

La disuria por uretritis puede estar localizada en el meato, el pene distal o a lo largo del cuerpo del pene.

**Polaquiuria** con disminución del intervalo entre las micciones diarias menor a 2 horas, hecho más frecuente en el sexo femenino.

**Nicturia** como necesidad de micción más de lo normal por las noches.

**Dolor** asociado al contacto sexual en la mujer o durante la eyaculación en el caso del hombre.

En algunos casos erupción cutánea o mucosa en la región genital puede ocasionar dolor o prurito.

**Adenitis** Aumento de los ganglios linfáticos de la región inguinal en ambos sexos.

El examen pelviano es útil para revelar irritación periuretral y determinar secreción uretral.

El examen rectal: Suele revelar irritación uretral, dolor y aumento de tamaño prostático en pacientes con uretritis; un examen de escroto revela su sensibilidad aumentada y en ocasiones se encuentra el agrandamiento y dolor del pene.

En la mujer embarazada puede ocasionar complicaciones durante el embarazo como aborto espontáneo, parto pre-término, ruptura prematura de membranas, infección fetal e infección posparto.

### Pruebas de laboratorio:

**Toma de secreciones ueterales** debe extraerse directamente de la uretra, sin aseo previo, es necesaria la inserción de una pequeña torunda de calcio-alginato o similar en la uretra anterior y con examen de un frotis, para descubrir leucocitos, la obtención de por lo menos 5 leucocitos polimorfo nucleares sugiere diagnóstico de uretritis. Estas muestras se deben analizar inmediatamente a su obtención, para no disminuir la posibilidad de detectar al germen responsable.

**Tinción Gram** debe realizarse de toda secreción uretral como parte de la evaluación de paciente sospechoso de uretritis ya que tiene una sensibilidad el 0.83-0.95 para el diagnóstico de uretritis gonocócica; pero no es diagnóstica en la uretritis no gonocócica. Puede utilizarse tinción con azul de metileno para un diagnóstico más rápido.

**Examen de orina** una toma adecuada debe recogerse los primeros 10 ml de orina al comienzo de la micción o preferentemente realizar una toma de gotas directamente de la uretra.

La presencia de piuria (>5 glóbulos blancos por campo en muestra centrifugada) es un indicador sensible en presencia de uretritis (se define como 100 o más bacterias uropatógenas por ml. en orina). Debe examinarse una muestra de los primeros 10 ml. de la primera orina de la mañana, que se considera una muestra uretral, en pacientes sospechosos de uretritis por *Tricomonas* (hasta un 85% de los infectados presentan *tricomonas* móviles en el preparado fresco y 95% en el cultivo).

**Cultivos** en la uretritis gonocócica se utilizan en caso en que deje dudas al diagnóstico, para descartar organismos resistentes. Los cultivos para *Clamidia* son costosos y no se encuentran en todos los lugares, por lo que puede utilizarse ensayos para detección de antígenos para *clamidia*.

Técnicas de diagnóstico genético como la reacción en cadena de la polimerasa o la reacción de la ligasa, podrán facilitar el diagnóstico de estos procesos en pacientes asintomáticos que han tenido contactos sexuales con mujeres infectadas,

## VI TRATAMIENTO

El tratamiento depende de la identificación del agente causal. El manejo incluye identificación del contacto sexual y obtener un tratamiento adecuado para ellos.

### 1. ANTIBIÓTICOS:

#### Uretritis gonocócica:

Los regímenes de dosis única tienen una eficacia del 90% para Gonorrea y deben seguirse por una serie de 7 días de tratamiento con una tetraciclina en caso de una uretritis gonocócica no reconocida, que puede estar presente en el 50% de los hombres con gonorrea.

Los tratamientos convencionales de dosis única incluyen:

- Ceftriaxona 250mg vía intramuscular
- Cefixima 400 mg vía oral
- Ciprofloxacina 500 mg vía oral.
- Ofloxacino 400 mg vía oral
- Amoxicilina 3gr vía oral acompañada con probenecid 1 gr vía oral.
- Penicilina G procaínica acuosa 4,800,000 UI vía intramuscular asociado a probenecid 1gr vía oral.

En caso de alergia a los anteriores antibióticos usamos:

- Espectinomomicina 2gr vía intramuscular
- Tetraciclina, eritromicina, Doxiciclina a dosis establecidas por 7 días.

#### Uretritis NO gonocócica:

- Clorhidrato de Tetraciclina 500 mg vía oral c/6hrs por 7 días en estómago vacío.
- Doxiciclina o Minociclina 200 mg vía oral como dosis de ataque seguidos de 100 mg por vía oral c/12 hrs por 7 días (puede administrarse con las comidas).
- Eritromicina 500 mg vía oral c/6 hrs por 7 días, si existen molestias gástricas puede administrarse 250 mg c/6 hrs por 14 días

- Azitromicina 1gr vía oral dosis única

- Cortimoxazol 800/160 mg vía oral puede usarse aunque no son eficaces para infecciones negativas para clamidia.

Los contactos sexuales de estos pacientes también deben recibir el mismo tratamiento.

El riesgo de reinfección por estos gérmenes es alto, debido principalmente al mal cumplimiento del tratamiento por parte de los compañeros sexuales de los pacientes. Por lo que se recomienda luego de cumplirse el tratamiento debe repetirse el análisis de una muestra de secreciones obtenida directamente de la uretra.

### 2. SINTOMÁTICOS:

Se puede utilizar analgésicos - antiinflamatorios e incluso antiespasmódicos en dosis establecidas según la clínica.

Durante el tratamiento los pacientes con uretritis deben abstenerse de tener relaciones sexuales o del uso de condones durante estas.

### BUSQUEDA DE CONTACTOS

Todo contacto debe recibir tratamiento y seguimiento respectivos para evitar la residiva del paciente y la cronicidad del cuadro.

A las mujeres embarazadas o con probabilidad de embarazo no se administrará Eritromicina, Tetraciclina y Doxiciclina.

## VII. COMPLICACIONES

En el sexo masculino esta infección puede ascender por la uretra hasta alcanzar el epidídimo y producir una epididimitis siendo una causa, aunque escasa, de infertilidad. También puede ocasionar estenosis uretral.

La infección anal por Neisseria Gonorrea frecuente en personas que practican el coito anal y desencadenar una infección sistémica en el 1% de los casos.

En las mujeres la cistitis, pielonefritis, agudas o crónicas, complicándose con Enfermedad inflamatoria pélvica, con cervicitis o salpingitis, que pueden desencadenar en problemas de infertilidad.

Las complicaciones durante el embarazo se presentan según la gravedad de la enfermedad,

abortos, partos prematuros, ruptura prematura de membranas, etc.

### VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Wash PC. Campbell's Urology 8th ed St. Louis, MO: WB Sanders; 2002:673-678.
2. Lyon CJ. Urethritis. Clin Fam Pract. 2005 Mar;7(1):31-41
3. Mengel M, Schwiebert P. Medicina Ambulatoria. Atención Primaria de la familia. 1ra edición. Buenos Aires (Argentina): Editorial Medica Panamericana; 1995. p. 328-335
4. Urology Clinic. Urethritis [www.urologychannel.com/urethritis/html](http://www.urologychannel.com/urethritis/html)
5. Merk HB, Berkow R. Infección Urinaria. Manual Merck. Diagnóstico y Tratamiento. 10ma. Ed. Madicel: Salvat; 1999.
6. Stein JH. Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. Mexico: Interamericana; 1996. p. 333-339.
7. Córdoba GR, Lou Arnal R. Métodos de Diagnóstico en la consulta del Médico de Familia. Barcelona (España). Ed. Doyma Libros sa; 1994. p. 67-71
8. 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]. Disponible en: [http://www.bashh.org/guidelines/2002/ngu\\_0901c.pdf](http://www.bashh.org/guidelines/2002/ngu_0901c.pdf) [National Guideline Clearinghouse (NGC)]
9. Broke Huffman G. Characteristics of the Major Types of Prostatitis. Am Fam Physician, 1999. (Lipsky BA. Prostatitis and urinary tract infection in men: what's new; what's true? Am J Med March 1999;106: 327-34.