

5

EL CASO DE INFECCIOSAS

Uretritis masculina por *Trichomonas vaginalis*

María Eugenia Yepes G.¹

María Teresa Ceballos Z.¹

Santiago Estrada M.²

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de un paciente a quien se le diagnosticó una uretritis por *Trichomonas vaginalis* y se discuten algunos aspectos relacionados con otros casos informados en la literatura con énfasis en aspectos clínicos, de diagnóstico y tratamiento. Adicionalmente, se recomienda estandarizar un protocolo de laboratorio, que permita incluir el estudio de tricomoniasis en pacientes con uretritis

Palabras clave: Uretritis, *Trichomonas vaginalis*, manifestaciones clínicas, laboratorio y tratamiento

1 Bacterióloga. Laboratorio Clínico del Centro Médico de la Congregación Mariana, Medellín. Colombia S.A.

2 Médico especialista en Microbiología y Parasitología Médicas

Separatas: Apartado aéreo 62320. Medellín, Colombia S.A. • e-mail: fsmcentrom@epm.net.co

ABSTRACT

A clinical case of a patient with urethritis caused by trichomonas vaginalis it is presented. Some aspects related to other trichomonas vaginalis urethritis cases from literature search are discussed with emphasis in clinical, diagnosis and treatment aspects. Standardize a laboratory protocol which includes trichomonas research in urethritis patients is recommended.

Key words: Urethritis, Trichomonas vaginalis, clinical manifestations, laboratory and treatment.

Introducción

La inflamación de la uretra (uretritis) es causada por una infección caracterizada por descarga mucopurulenta o material purulento y sensación de quemadura al orinar; es la respuesta de la uretra a la inflamación de cualquier etiología. El hallazgo característico del examen físico es la secreción uretral y la confirmación patognomónica por el laboratorio, es el número aumentado de polimorfos nucleares neutrófilos (PMN) en la coloración de Gram en el extendido de la secreción uretral o en el sedimento de la primera porción de orina (1-3). La uretritis es llamada de dos formas: uretritis gonocócica (UG) cuando se observan diplococos Gram-negativos en la coloración de Gram y uretritis no gonocócica (UNG) cuando no se observan gérmenes. Dentro de la etiología de la UNG, *Chlamydia trachomatis* representa el 15 a 40% de los casos, seguida de *Ureaplasma urealyticum* en el 10 a 40%. Se informan además un 20 a 40 % de casos dentro de los cuales a *Mycoplasma genitalum* le corresponden un 15 a 25% y el resto se consideran poco frecuentes o raros, dentro de los cuales figura *T. vaginalis* (2). Teniendo en cuenta esto último, el grupo de investigadores desea presentar un caso de uretritis por *T. vaginalis* que se diagnosticó en nuestro laboratorio y discutir algunos aspectos relacionados con este parásito.

CASO CLÍNICO

Paciente de 42 años. Sexo masculino, estado civil casado, procedente del área rural.

Motivo de consulta y enfermedad actual:

Desde hace ocho años presenta episodios de secreción uretral intermitente, desde hace un año los episodios son permanentes, la secreción se presenta más en las mañanas y desaparece con la primera orina del día. Predomina el prurito y es escasa la disuria. La secreción es “amarillenta”.

Desde que le empezó el cuadro clínico ha mantenido relaciones sexuales monógamas y siempre utiliza el preservativo.

Ha consultado a muchos médicos particulares quienes le han formulado muchas “pastillas e inyecciones”, pero sólo lo “curan por días”.

Antecedentes patológicos: sin importancia.

Antecedentes familiares: sin importancia

Examen físico:

Paciente en buenas condiciones generales

P.A. 120/60 sentado. P:70 ' min.

Cabeza y cuello: clínicamente normal. Cavidad oral: faltan algunas piezas dentarias; el resto normal. Cardiopulmonar: clínicamente normal. Abdomen: normal. Genitales: salida espontánea de secreción mucopurulenta por el miembro. Resto del examen normal.

Laboratorio:

Se tomó una muestra de secreción uretral utilizando un aplicador comercial marca Accellon® Multi biosampler. La muestra se procesó para coloración de Gram, directo en solución salina y cultivo para *Neisseria gonorrhoeae*. En este caso en particular no se procesó muestra para *Chlamydia*

trachomatis, puesto que en la orden del médico no se solicitaba dicho examen.

Resultados de laboratorio:

Al directo en solución salina se observó *T. vaginalis*. Al Gram se observó abundante reacción leucocitaria (>10 PMN en 1000x). El cultivo para *N. Gonorrhoeae* a las 72 horas se leyó como negativo.

DISCUSIÓN

Las tricomonas son organismos eucarióticos flagelados, protozoarios de forma ovoide o piriforme, el trofozoito mide de 10 a 30 micras de longitud y 10 a 18 de ancho. En el polo anterior se encuentran el blefaroblasto del cual parten varias estructuras: el axostilo que atraviesa todo el parásito y sale por el extremo superior, la membrana ondulante que se extiende hasta los dos tercios del parásito, y es una prolongación del citoplasma y cuatro flagelos que se extienden hacia delante. El núcleo es grande, ovalado, excéntrico y localizado hacia el extremo superior (4,5). *T. vaginalis* es transmitida casi exclusivamente por contacto sexual (4). Las tricomonas pueden sobrevivir hasta por 45 minutos en las tasas de los sanitarios, lavaderos, ropas y aguas de baño (6).

El consenso de que *T. vaginalis* se adquiere por contacto directo vaginal está basado en la siguiente información: 1. Aislamiento del organismo de sitios urogenitales. 2. Datos epidemiológicos y 3. Estudios de inoculación en humanos (7). *T. vaginalis* se aísla más a menudo del tracto genital inferior. En mujeres estos sitios incluyen la vagina, cervix, uretra, vejiga y glándulas de Bartolino y Skene (8-10). En hombres los

sitios más frecuentes incluyen: uretra anterior, genitales externos, próstata, epidídimo y semen (4, 11).

Epidemiológicamente la infección en hombres por *T. vaginalis* es considerada dentro del grupo de las UNG, con tasas de prevalencia que van desde el 1 al 68%. La mayoría de los estudios presentan tasas que van desde el 5 al 15% (4). Nosotros encontramos una prevalencia del 2% (12). Esta prevalencia parece tener variaciones regionales; en efecto, mientras en la antigua Unión Soviética, en la India y en países africanos se la informa con frecuencia, en Estados Unidos y Europa sólo se informan muy pocos casos (13-15). En otro estudio nacional también se la informó como poco frecuente (16).

En los hombres la tricomoniasis urogenital se ha clasificado en tres grupos: 1. Portador asintomático, el cual es diagnosticado por historia de contacto sexual con mujeres infectadas. 2. Tricomoniasis aguda que se manifiesta como una uretritis purulenta y 3. Enfermedad sintomática leve, la cual es imposible diferenciar clínicamente de una uretritis (17). Adicionalmente se encontró un informe en la literatura de un paciente quien tuvo tricomoniasis por un período de 4 meses pero de forma asintomática (Krieger, citado en 4). Nuestro paciente según la historia clínica, habla de 8 años de episodios intermitentes, los cuales se le agudizaron en el último año, convirtiéndose en el primer caso en que la infección dura tanto y de forma sintomática según la revisión hecha por los autores.

El diagnóstico de tricomoniasis incluye el examen directo el cual es la prueba más utilizada en los laboratorios clínicos de rutina, no obstante su sensibilidad varía entre el 50

al 70% para el grupo de mujeres, siendo aún menor en los hombres; esta técnica de laboratorio permite ver el movimiento característico del parásito. Otras técnicas como coloraciones especiales se han propuesto pero se informa en ellas un grado importante de falsos positivos y negativos cuando se compararon con el cultivo y el directo. La prueba estándar de oro sigue siendo el cultivo, utilizado especialmente en hombres y en mujeres con enfermedad crónica (4). Las nuevas técnicas de biología molecular se plantean como una alternativa importante (Riley DF, citado en 4).

El tratamiento recomendado en las últimas normas del CDC de Atlanta para tratar enfermedades de transmisión, en el caso de tricomoniasis, es con metronidazol 2 g vía oral dosis única. Alternativamente metronidazol 500 mg dos veces al día por 7 días (1).

Recomendaciones

Los autores recomiendan a los laboratorios donde se estudian pacientes con secreción uretral que incluyan siempre como protocolo para estudiar estos pacientes un directo en solución salina o directo con eosina, puesto que en la coloración de Gram es difícil ver las tricomonas. ■

REFERENCIAS

1. Center for Disease Control and Prevention 1998 Guideline for treatment of sexually transmitted diseases. MMWR 1998; 47(No. RR-1):49-59.
2. Martin DH, Bowie WR. Urethritis in males. En: Holmes KK, Sparling PE, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE et al. Sexually Transmitted Diseases. Thir ed. . N.Y. McGraw-Hill. 1999: 833-845.
3. Estrada S, Díaz F. Urethritis masculina. En: Díaz F, Ospina S, Orozco B, Estrada S. Enfermedades de Transmisión Sexual. Clínica, diagnóstico, tratamiento y prevención. Medellín. CIB. 1995:134-137.
4. Krieger JN, Alderete JF. *Trichomoniasis vaginalis* and Trichomoniasis. En: Holmes KK, Sparling PE, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE et al. Sexually Transmitted Diseases. Third ed. . N.Y. McGraw-Hill. 1999: 587-604.
5. Botero D, Restrepo M. Tricomoniasis genito-urinaria. En: Botero D, Restrepo M. Parasitosis Humanas. 2da ed. Medellín CIB. 1992: 261-265.
6. Wilcox RR. Epidemiological aspects of human trichomoniasis. Br J Vener Dis 1960; 36: 167.
7. Krieger JN: Trichomoniasis en hombres: Old issues and new date. Sex Transm Dis 1995; 22: 83.
8. Honigberg BM. *Trichomonas* parasitic in Humans. London, Spriger-Verlag. 1989: 424.
9. Wolner-Hanssen. Clinical manifestation of vaginal trichomoniasis. JAMA. 1988; 261: 571.
10. Krieger JN. Diagnosis of trichomoniasis: comparison of conventional wet-mount examination with cytologic studies, cultures and monoclonal antibody staining of direct specimens. JAMA. 1988; 259: 1223.
11. Kruberski T. *Trichomonas vaginalis* associated with nongonococcal urethritis and prostatitis. Sex Trans Dis 1980; 7: 135-136.
12. Fisher I, Morton RS. Epididymitis due *Trichomonas vaginalis*. Br J Vener Dis 1986; 45: 252.
13. Orozco B, Estrada S, Benítez L, Jaramillo E. Etiología de la urethritis masculina. Estudio de 100 pacientes y detección de b lactamasa. IATREIA. 1993; 6: 117-123.
14. Wong JL, Hines PA, Brasher MD. et al. The etiology of nongonococcal urethritis in men attending a venereal disease clinic. Sex Trans Dis 1977; 4: 4-8.
15. Krieger JN, Jenny C, Verdon M. et al. Clinical manifestations of trichomoniasis in men. Ann. Intern Med 1993; 118: 844-849.
16. Restrepo M, Díaz F, Gómez M. Urethritis masculina. Importancia de *Chlamydia trachomatis* y de otros agentes. Acta Med. Colombiana. 1986; 11: 21-27.
17. Correa BA, Serna AE. El laboratorio clínico en el diagnóstico de flujo vaginal. Medicina & Laboratorio. 1998; 8: 427-437.