



"URETRITIS NO GONOCOCCICAS"

SANDRA LETICIA RIOS LOPEZ DE SANABRIA

SUMARIO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

GENERALIDADES SOBRE URETRITIS NO GONOCOCCICAS

ETIOLOGIA

PATOGENIA

EPIDEMIOLOGIA

DIAGNOSTICO

COMPLICACIONES

TRATAMIENTO

PRESENTACION DEL TRABAJO REALIZADO EN MEXICO EN
1976 Por el Dr. Elías Zonana Farca

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRO -
ESTUDIO

PRESENTACION DE CUADROS Y GRAFICAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Las denominadas uretritis no gonocóccicas constituyen una enfermedad que ya había sido desarrollada por Guiard desde hace más de siete décadas, pero aún en la actualidad es muy poco lo que se conoce acerca de la incidencia y agentes etiológicos de esta infección.

En el presente trabajo se tratará de exponer lo que constituye la sintomatología y agentes etiológicos más frecuentemente encontrados, además de las complicaciones que pueden presentarse y el tratamiento más usado.

Esta enfermedad pertenece al grupo de las denominadas enfermedades venéreas, que debido a las creencias y tradiciones de los países ha sido tan difícil de exponerlas con conceptos concretos que benefician a la colectividad.

Actualmente esta clase de enfermedades para una mejor aceptación y lograr definir las más que todo como identidades únicamente patológicas, que pueda padecerlas cualquier individuo se han denominado "ENFERMEDADES POR TRANSMISION SEXUAL"

Se presentará un trabajo efectuado sobre los pacientes que acuden a la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios y a quienes se les diagnosticó dicho padecimiento, teniendo en cuenta las deficiencias de laboratorio con que contamos en nuestro medio.

OBJETIVOS

1. Presentar por este medio el incremento de pacientes con problema de uretritis no gonocócica, encontrados por diferentes autores en los últimos años.
2. Hacer un resumen de la sintomatología más frecuente que presentan estos pacientes y que sirva para orientarnos a un diagnóstico más acertado y definitivo.
3. Tratar de establecer dentro de los casos de uretritis no gonocócica de nuestro estudio, cuál fue el agente etiológico que más frecuentemente se encontró.
4. Presentar los resultados de nuestro estudio realizado durante los meses de Enero a Diciembre del año 1976 en los pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios, con sus correspondientes porcentajes de edad, sexo según la mayor frecuencia encontrada.

MATERIAL Y METODOS

Material:

Material con que contamos para nuestro estudio fueron los pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios durante los meses de Enero a Diciembre de 1976.

Además se toman en cuenta estudios realizados por otros autores y su experiencia obtenida en esos lugares.

Método:

Tenemos en un principio toda la investigación bibliográfica que se realizó.

Además se revisaron los Archivos de la Dirección General de Servicios de Salud, donde se encuentran las formas correspondientes a la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios con el No. de Historia Clínica, Sexo, Edad, Procedencia y Diagnóstico de cada paciente que acude a ese servicio; así mismo como si es primera vez que se presenta o ya lo ha hecho varias veces.

GENERALIDADES SOBRE URETRITIS NO GONOCOCCICAS:

La denominada uretritis es un proceso inflamatorio de la uretra que se puede clasificar en dos grandes grupos de acuerdo a la etiología en URETRITIS GONOCOCCICA Y URETRITIS NO GONOCOCCICA.

A veces se ha empleado el término de POST-GONOCOCCICA que son únicamente aquellas uretritis que después de tratamiento para gonococo todavía persisten en su sintomatología, ya sea porque haya habido una combinación de ambos agentes, o bien el gonococo haya propiciado el ambiente para el crecimiento de otros agentes. Muchas veces las denominadas uretritis no gonocócicas que también son conocidas con el nombre de INESPECIFICAS son producidas por Trichomonas o Cándida Albicans pero en la mayoría de casos el agente etiológico no es identificado, aunque actualmente estas uretritis constituyen en muchos países una alta tasa de morbilidad.

Se han hecho estudios como en Inglaterra donde esta enfermedad ha aumentado su incidencia durante los últimos años, llegando a veces a sobrepasar a la gonocócicas. El estudio realizado comprendió desde el año de 1951 hasta 1968, habiéndose encontrado una incidencia de 8,000 casos inicialmente hasta 36,000 que fueron los encontrados en el último año.

En Estados Unidos hay un 60% a 70% de uretritis en el hombre pertenecientes a las no gonocócicas o inespecíficas.

Existen varias teorías acerca de las causas del porqué del aumento de estas enfermedades, entre las cuales se encuentran:

1. Cambios del micorganismo sobre su virulencia, y la sensibilidad a quimioterápicos y antibióticos.
2. Cambios del medio ambiente relacionado con factores demográficos.
3. Cambios en el huésped, entre ellos costumbres sexuales e higiene.

ETIOLOGIA

La adquisición de esta enfermedad se hace por contacto sexual, ya que según los estudios realizados las personas que no desarrollan una vida activa sexualmente están menos propensas a su adquisición.

Se ha discutido también el término de uretritis Inespecífica - que a veces se le aplica a estas uretritis que al pasar a identificarse el agente que la causa ya sería específica.

Se han realizado estudios para identificar el agente etiológico más común causante de estas uretritis no gonocócicas llegando a clasificarse entre los más frecuentes:

- A. Agentes Bacterianos
- B. Mycoplasmas
- C. Agente TRIC (Chlamydia Trachomatis)
- D. Trichomonas Vaginalis
- E. Cándida Albicans
- F. Herpesvirus tipo II.
- G. Agentes alérgénicos y químicos
- H. Enfermedades sistémicas y traumatismos.

A. Agentes Bacterianos:

Entre éstos se han citado los:

1. Estafilococos: pertenecen a los cocos gram-positivos que generalmente se encuentran en forma de racimos, los patógenos son hemolíticos y coagulan el plasma, y otras veces constituyen parte de la flora normal de piel y mucosas en el hombre; pueden formar abscesos y áreas de supuraciones.

Para poderlos identificar se cultivan en medios de aerobiosis o de microaerofilia, a una temperatura de 20 gds.C y crecen más rápidamente a 37 gdos, Centígrados en placas de gelsa-sangre. Causan infección ya sea por la capacidad de multiplicarse en los tejidos o por producción de sustancias extracelulares denominadas "toxinas".

2. Estreptococos:

Estos pertenecen al mismo grupo de los citados anteriormente, con la diferencia que adoptan forma de cadenas, también pueden constituir parte de la flora normal del hombre. Son cultivados en placas de Gelosa-sangre en presencia de anaerobiosis además de inocularse en tubos de caldo y de medio de tioglicolato. De este grupo los denominados enterococos, son los que pueden producir infecciones en el aparato genital.

Respecto a estos agentes en la uretra anterior se les encuentra habitualmente sin producir patología y a veces erróneamente se les denuncia como causantes de procesos inflamatorios; siendo únicamente agentes comensales. Pero no se debe descartar la posibilidad cuando los tratamientos habituales fracasan, debiendo investigarse focos en uretra posterior, próstata, vesícula seminales y epidídimo.

B. Mycoplasmas

Este microorganismo ha sido objeto de extensos estudios como agente etiológico de la uretritis no gonocócica.

Es conocido también con el nombre de PLEUROPNEUMONIOIDES O PPLO, PUEDEN ESTUDIARSE por métodos bacteriológicos conocidos, se cultivan en caldo peptona infusión de corazón con 2% de agar (ph 7.8) al cual se le agrega 30% de líquido de ascitis humana o suero sanguíneo animal (de caballo o de conejo). A veces se incuban de 48 a 96 hrs. a 37 gdos C. y no se observa turbidez, pero en estudios de sedimento por centrifugación y coloreados con Giemsa muestran las estructuras pleomórficas características. Las colonias son redondas con una superficie granular y con pezón central oscuro. Se han aislado hasta el momento 6 tipos antigénicos diferentes; Mycoplasma Hominis tipo 1 y 2., M. Salivarum, Orale, Fermentaris, Neumoniae; el primero y último son los capaces de producir enfermedad en el hombre. Para nuestro estudio nos interesa el Mycoplasma hominis que posee un diámetro de 100 a 300 milimicras, las colonias poseen aspecto de huevo frito. Las denominadas formas T ("Tiny" pequeño, menudo) producen colonias más pequeñas de 30 a 50 micras, que a pesar de su tamaño no varían de las estructuras de otras especies de Mycoplasmas.

Algunas veces se han cultivado mycoplasmas de tejidos y mucosas del ser humano sobre todo del tracto genitourinario de mujeres pero por lo regular se encuentran en asociación con algún proceso inflamatorio, y no se descarta que bajo ciertas condiciones especiales se vuelvan patógenas. Además se ha encontrado este germen en la sangre y mucus cervical de mujeres que presentan cuadros de abortos sépticos, por lo que se cree posee un papel en las interrupciones espontáneas del embarazo.

El denominado Mycoplasma hominis y el fermentaris se han con -

siderado parte de la flora normal del ser humano.

Por otro lado se cree que el *Mycoplasma T* es el causante de las uretritis no gonocócicas o inespecíficas ya que desde 1937 Diens y Ellbals han tratado de relacionarlo, hasta que Shepard fue el primero en aislarlo en estos padecimientos.

Se han obtenido *Mycoplasmas T* según estudios en una proporción de 71% de pacientes con uretritis no gonocócicas en comparación con 9% en los sujetos control sanos. En mujeres se ha aislado desde un 8% a 83% sin presentar muchas veces sintomatología por lo que se cree puedan actuar como portadoras asintomáticas.

Csonka obtuvo más o menos igual que el anterior un 70% de *Mycoplasmas "T"* en individuos con procesos uretrales inflamatorios y solo un 13% en controles sanos; pero de *Mycoplasma hominis* encontró de 9% a 17% en pacientes con ó sin uretritis no gonocócica, lo que demuestra no ser etiológicamente tan importante como el anterior.

C. Chlamydia Trachomatis (Agente TRIC)

Es una bacteria intracelular obligatoria con características similares a las de los virus, pertenece a los gram negativos y se multiplican en el citoplasma de las células huésped por un ciclo de desarrollo característico. Además éstas al examen microscópico poseen una pared celular externa, poseen ADN y ARN en partículas pequeñas y grandes, y lípidos. Se cree que éstas pueden derivar de bacterias Gram-negativas.

Al colorearlas las partículas maduras se tiñen de púrpura con Giemsa y de rojo con la tinción de Macchiavello, y el citoplasma de la célula huésped es azul. Requieren de un hábitat intracelular ya que carecen de algún metabolismo esencial

para obtener energía. Pueden proliferar en embrión de pollo, sobre todo en el saco vetelino, proliferan en todos los cultivos de tejidos y en varios de animales.

Estas se relacionan con el grupo productor de psitacosis ornitosis y linfogranuloma venéreo por lo que el género es el denominado *Chlamydia* y es la variedad *Trachomatis* la que se aísla en procesos de uretritis no gonocócica, síndrome de Reiter y otros procesos cérvico vaginales, tracoma y conjuntivitis de inclusión.

Se han obtenido de 40% y 60% en hombres con uretritis no gonocócica, según estudios se obtuvo un 30% en mujeres que consultan clínicas venéreas y en un 66% en mujeres que llevan a cabo una vida sexual activa cuyos compañeros tienen uretritis por *Chlamydia*. En una clínica familiar se obtuvo *Chlamydia* en un 63% de mujeres con gonococcia que les persistían los síntomas a pesar del tratamiento del gonococo, lo que demuestra la alta incidencia de infecciones mixtas que pueden presentarse. En personas sanas de ambos sexos sólo se aisló en un 5% lo que demuestra que no se trata de un agente comensal.

D. Trichomonas Vaginalis

Es un parásito que fue descrito por primera vez en 1836 por Alfred Donné quien lo descubrió en el flujo vaginal de una paciente con inflamación genital. Perteneció a los protozoarios flagelados con 3 o 5 flagelos anteriores, un axostilo y una membrana ondulante, tienen forma de pera, normalmente miden de 15 a 20 micras, pudiendo alcanzar hasta 30. Pueden cultivarse en diferentes medios líquidos y sólidos, en cultivo de tejidos y en embrión de pollo, en suero fisiológico sobreviven aunque relativamente muy poco tiempo.

Existen tres clases la *Trichomona Hominis* que se localiza en el intestino, la *T. Tenax* que se encuentra en la boca y ambas se consideran comensales; la *Trichomona Vaginalis* que es la patógena.

En el ganado bovino se ha descrito la T. Foetus que se considera la causante de balanopostitis, endometritis y abortos.

En la mujer la infección por Trichomonas puede abarcar vulva, vagina, glándulas de Skene y Bartholino, cervix; en el hombre - vesículas seminales, próstata y uretra; las mucosas se inflaman y aparece una secreción amarilla, espumosa de color crema. O sea el papel de este protozoo en la uretritis, vaginitis, leucorrea - está completamente comprobado, además de que la infestación se produce por contacto sexual en la mayoría de las veces.

Debido a la resistencia de este parásito a los tratamientos para la blenorragia, muchas veces su cuadro cae dentro de las llamadas uretritis post-gonocócicas. Según estudios a este agente se le atribuye de 10% a 15% de la uretritis no gonocócicas, a veces pueden presentarse portadores asintomáticos en ambos sexos, lo que hace más difícil la detección y tratamiento correspondientes.

C. Cándida Albicans

Está en un hongo levaduriforme oval, gram-positivo que produce un pseudomicelio. Forma parte de la flora normal de las mucosas de los tractos respiratorio, gastrointestinal y genital femenino y puede además asociarse a condiciones patológicas. Se puede cultivar en medio de Sabouraud glucosado a temperatura de laboratorio, creciendo colonias blandas de color crema que tienen olor a levadura. Hay factores que predisponen a la infección y se encuentran entre éstos la Diabetes Mellitus, debilidad general, deficiencia nutricional y disturbios de la flora normal con ausencia de componentes bacterianos que restringen a la Cándida en sus posibilidades de reproducirse.

Cuando produce infección en genitales la vulvovaginitis se parece al algodoncillo, pero hay irritación, comezón intensa y flu-

jo, a veces puede existir y el paciente estar asintomático sobre todo en las mujeres; pero la URETRITIS MICOTICA verdadera es una infección muy frecuente en el varón. Además puede dar - cuando la persona muestra fimosis, la denominada balanitis micotica en que hay síntomas de erosión y a esto puede añadirse sobreinfección por otros gérmenes. Se le considera a este hongo - en un porcentaje igual al de las Trichomonas 10% a 15% como agente etiológico de las uretritis no gonocócicas.

F. Herpes: De este grupo de virus es el Herpesvirus Tipo II el que se ha encontrado como causante de algunas uretritis no gonocócicas. El virus es posible aislarlo a partir de las lesiones que produce en tejidos o mucosas. Para esto se puede hacer inoculación de cultivos de tejidos, de la membrana corioalantoidea del embrión de pollo (12 días de edad), o bien de la cornea del conejo. La aparición de cuerpos de inclusión intranucleares característicos de las células de los cultivos o bien de las placas características de la membrana corioalantoidea, o la aparición de una opacidad en la cornea sugieren la presencia del virus. Otra forma es mediante la determinación cuantitativa de anticuerpos en la membrana del embrión de pollo.

G. Agentes Alergénicos y Químicos

Este origen se debe a la creencia de la existencia de agentes alérgenos naturales en la vagina, pero estas uretritis a pesar del tratamiento con esteroides persisten por lo que se duda de su verdadera existencia como agentes en la uretritis no gonocócicas.

H. Enfermedades Sistémicas y Traumatismos

Se ha dado que por estas causas existan cuadros de uretritis no gonocócicas sin poder demostrarles un agente etiológico causante de las mismas.

PATOGENIA

Se ha demostrado que la presencia de uretritis no gonocócica en el hombre está influenciada por la actividad sexual y la promiscuidad, en cambio en la mujer la menstruación, mala higiene, dispositivos intrauterinos y embarazo pueden ser la causa de la patogenia.

Es difícil explicar el mecanismo por el cual los diferentes agentes pueden producir infección, pero en el caso del Mycoplasma se cree que es la capacidad de adhesión que tiene a las células de la mucosa uretral, o bien que produzca sustancias tóxicas fenómenos de inmunidad local que producen una destrucción del epitelio con el consecuente proceso de reacción inflamatoria aguda o subaguda y los signos clínicos de la uretritis.

Acerca de la Chlamydia se dice que poseen anticuerpos específicos que se han demostrado en pacientes con uretritis.

El modo de inicio de la infección es afectando la mucosa de la uretra anterior, esto viene a provocar la afluencia de leucocitos a la luz uretral, que conjuntamente con las células que se descaman forman la secreción que aparece.

Este proceso puede llegar a las glándulas uretrales, criptas de Morgagni y en procesos que se convierten en crónicos abarcar los conductos excretores de próstata y los eyaculadores y esto a su vez es lo que puede traer como consecuencia las complicaciones.

El período de la incubación de la uretritis no gonocócica es más largo que el de la gonocócica ya que varía desde 3 a 30 días y puede encontrarse conjuntamente con la gonocócica y persistir después del tratamiento, lo que se demostró en un estudio de pacientes con uretritis gonocócica que se trataron con penicilina-probenecid en los cuales un 60% (2 de cada 3 pa-

cientes) desarrollaron a los 15 días reincidencia de los síntomas y más tarde se le logró aislar Mycoplasma o Chlamydia.

Las características de la secreción en realidad no sirven para descubrir el agente etiológico de las uretritis no gonocócicas y diferenciarlas de las gonocócicas, ya que en general los pacientes describen escurrimiento uretral copioso o escaso que puede ser espeso, tenue, acuoso o mucoso. A veces pueden estar asintomáticos, o bien presentar disuria o escozor uretral, además puede haber polaquiuria variable si participa la uretra posterior; puede palpase aumento de volumen e hipersensibilidad de la glándula prostática.

En la mujer puede aparecer una vulvovaginitis con prurito, ardor y dolor de la región genital. Cuando la leucorrea que aparece es de aspecto espumoso puede atribuírsele a una infección parasitaria. La uretra participa más que todo por contaminación del flujo apareciendo polaquiuria, tenesmo urinario y ardor.

Han habido casos en que el Hemophilus, Bacilo gram-negativo puede producir vaginitis de secreción abundante y olor fétido. En el herpesvirus un signo indicador de su presencia aparte de lo mencionado puede ser vesículas en el glande, balanitis que después da lugar a la uretritis con vesículas intrauretrales.

EPIDEMIOLOGIA

Se ha aceptado que este tipo de infecciones se transmiten por contacto sexual, pero esto es válido únicamente para personas con actividad sexual, ya que existen casos en que se ha aislado Mycoplasmas de genitales de niñas y recién nacidos que pueden adquirirlo a través del pasaje genital materno a la hora del parto, pero en recién nacidos varones los porcentajes encontrados de contaminación han sido menores. Luego en estos niños disminuyen sus porcentajes de colonización en el primer año de vida, luego es relativamente raro en edad prepuberal de ambos sexos,

aumentando durante la etapa de vida de mayor actividad sexual y hay un notable descenso sobre todo en mujeres menopáusicas.

Hay algunos factores locales como ulceraciones de cervix - - con ectropión de la mucosa que favorecen al apareamiento de Chlamydi Trachomatis.

DIAGNOSTICO

Para llegar a establecer un diagnóstico se puede básicamente plantearse dos posibilidades:

1. Cuadro clínico cuando no es característico de una uretritis, - de aparición sintomática y oligosintomática de 8-12 días del contacto sexual sospechoso.
2. Cuando después de una blenorragia que ha sido tratada persisten los síntomas.

Además se debe de tomar en cuenta cuando sin haber secreción uretral persiste la piuria en el sedimento de la primera porción de la micción; y por último cuando la secreción uretral es tan purulenta que se hace indiferenciable de una blenorragia.

Lo primero es descartar la posibilidad de una uretritis gonocócica que se puede realizar por frote de Gram; si éste es negativo puede cultivarse la secreción en medio de Tayer Martín y - si esto sale negativo podría en el diagnóstico excluirse la posibilidad de gonococo y se pasará a buscar otro agente.

Cuando se cuenta con los medios para investigar Mycoplasmas T. y la Chlamydia Trachomatis se puede obtener el material necesario para cultivar por orina centrifugada o bien raspar la mucosa uretral con asa de platino y se necesita de técnicas especiales y laboriosas para lograr aislarlo por lo cual es difícil de-

efectuarse en todos los laboratorios.

Básicamente el método para aislar el Mycoplasma es la prueba de color con medio U.9.B. que es un líquido que contiene urea, - rojo fenol y otras sustancias que facilitan su desarrollo. Esta técnica fue descrita por "Shepard" y se basa en la capacidad de Mycoplasma para metabolizar urea y producir amoníaco y que éstas al hidrolizarse el ph del cultivo cambia modificando la coloración del mismo de amarillo claro a rosado rojo y esto es lo que indica el crecimiento de Mycoplasma T.

Para el diagnóstico de la Chlamydia como se habló anteriormente crece en el saco vitelino del embrión de pollo y es el denominado cultivo celular. Asimismo en el suero de pacientes con Chlamydia en él se desarrollan anticuerpos identificables por inmunofluorescencia.

El diagnóstico en el herpes-virus es un hallazgo visual. Además de poderse interpretar por cultivo como se mencionó anteriormente o por el microscopio electrónico.

Cuando se sospecha de Trichomonas éstas se pueden ver en una gota de solución salina y un cubre-objetos y son fáciles de identificar por los movimientos de sus flagelos. También puede utilizarse la coloración de Giemsa que causa inmovilización del parásito o por el Papanicolau que ha dado muy buenos resultados.

La presencia de Cándida Albicans que es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre, puede investigarse en fresco y se - dimento urinario, buscando micelios y esporas.

La investigación del agente en el material obtenido del fondo - del saco vaginal de mujeres es muchas veces más fácil que en secreción uretral por lo que se puede utilizar para el diagnóstico in directo en el hombre.

COMPLICACIONES

A veces las uretritis no gonocócicas sin tratamiento pueden curar espontáneamente en un período de 6 a 8 semanas, sin embargo las recaídas se presentan hasta en un 70%.

Las complicaciones observadas en las uretritis no gonocócicas pueden localizarse no solo en el aparato genito-urinario sino en otras áreas del organismo.

En un 20% puede presentar la prostatitis que puede ser asintomática, poco dolorosa y ocasionalmente crónica. La epididimitis puede presentarse unilateral en 3% de los pacientes. Estrechetez uretral que también se relaciona en una proporción de 0.5 a 5%.

Recientemente en la génesis del aborto a repetición se ha involucrado al *Mycoplasma T* que se ha logrado aislar el líquido seminal del hombre y tracto genital de la mujer con problema de infertilidad corrigiéndose esto con el adecuado tratamiento.

En un 0.8 a 3% se ha asociado a uretritis no gonocócica el síndrome de Reiter que fue descrito por primera vez por un médico alemán en 1916 y que lo designó con su nombre.

Es una enfermedad constituida por la triada de uretritis no gonocócica, conjuntivitis y poliartritis subaguda o crónica, además de que hay lesiones mucocutáneas muy frecuentes y que pueden resultar características. Es más frecuente en el varón entre la segunda y cuarta década, muy raro en niños, mujeres y personas mayores. Su etiología es incierta, se cree enfermedad venérea pero no es frecuente que se encuentre en la mujer aunque el varón lo posea, otra teoría es que sea de origen bacilar ya que a veces se ha presentado después de una desinfección bacilar pero no se ha aislado el germen. Recientemente se han

aislado gérmenes *Psittacosis*-*infogranuloma venéreo*, *tracoma* - - (*Bedsoniae*) de tejidos de algunos pacientes que presentan este síndrome.

Inicialmente se anuncia con una uretritis que el material puede ser escaso, profuso, seroso o hemático, luego la conjuntivitis que es bilateral desde leve y pasajera hasta grave y la artritis es la que domina el cuadro por su intensidad, todo esto se puede desarrollar en un cuadro de 3 a 4 semanas.

Se han observado lesiones mucocutáneas en el pene, planta de pies, manos y boca como lesiones ulcerosas que pueden formar vesículas. La artritis afecta frecuentemente a rodillas y tobillos pero puede generalizarse.

No hay datos de laboratorio determinantes para esta enfermedad, puede haber leucocitosis, sedimentación aumentada y los cultivos no revelan ningún germen patológico específico. Acerca del tratamiento no ha sido efectivo en ningún antimicrobiano, básicamente es sintomatológico, tratando la artritis como cualquier artritis reumatoidea.

TRATAMIENTO

El tratamiento de estas enfermedades ha sido y sigue siendo algo difícil ya que como la uretritis gonocócica la no gonocócica es producida por un agente etiológico pero en el caso de ésta a través de todo lo expuesto anteriormente se ve que la causa más frecuente es el *Mycoplasma* y *Chlamydia* que a su vez son muy difíciles de descartar por lo especializado de su identificación, llegando a efectuarse en la mayoría de casos un diagnóstico por exclusión y manifestaciones clínicas.

Además está en sí el aspecto psicológico del paciente ya que él se alarma por la persistencia de los síntomas, piensa que esto puede alterar su fecundidad y actividad sexual, asimismo llegan

do hasta el extremo de disminuir su eficacia en las actividades diarias.

La variedad de agentes etiológicos implicados en esta enfermedad hace que el tratamiento sea complejo, se han descartado el uso de la Penicilina y aquellos antibióticos que actúan en la membrana celular, las Sulfas han sido empleadas sin ningún éxito y la Eitromicina con resultados moderadamente exitosos.

El grupo de las Tetraciclinas ha demostrado ser las más efectivas en el caso de las uretritis no gonocócicas, actúan interfiriendo la incorporación del ARN de transporte inhibiendo la síntesis de proteínas. Además se ha demostrado la eficacia de éstas ante los agentes etiológicos más frecuentes y difíciles de aislar de esta enfermedad.

La tetraciclina y oxitetraciclina por vía bucal entre 1 a 2 gramos diarios divididos en 4 tomas por 7 días han demostrado ser efectivos.

Otro inconveniente es evaluar el efecto terapéutico entre recaída y reinfección ya que prácticamente es imposible determinar en esta enfermedad.

Holmes realizó un estudio en un porta-aviones con 5,500 marinos de los cuales 96 presentaron uretritis no gonocócicas, que se dividieron en un grupo con tratamiento con un placebo, otro con tetraciclina en la dosis de 2 gramos diarios en 4 tomas por 4 días. El resultado con tetraciclina fue de marcada eficacia más que el placebo y mejor para los que lo recibieron por 7 días que por 4 días.

John realizó otro estudio en que administró oxitetraciclina por 5, 10, 21 días y los mejores resultados 87.5% se obtienen en el grupo de 21 días por lo que este autor recomienda el tratamiento por 21 días.

También se ha utilizado la doxiciclina que es un derivado semisintético de la oxitetraciclina, posee índices más altos de absorción intestinal y por lo tanto mayor concentración en la sangre y los tejidos.

Brownhon obtuvo una respuesta de 89% y 88% de curación usando tetraciclina y doxiciclina respectivamente y agrega que este último es más eficaz debido a la mejor tolerancia por parte del paciente.

La dosis de doxiciclina es de 200 mgs. el 1er. día y luego 100 mgs por 4 días consecutivos y se ha llegado a obtener hasta un 92% de curación en pacientes con Mycoplasma T y 95% sin Mycoplasma, por lo que se afirma la utilidad de este medicamento.

Cuando existe compromiso prostático se ha visto que este medicamento alcanza altos niveles de este tejido por lo que es de gran utilidad sobre todo si los procesos son de larga duración, pudiéndose recomendar el masaje prostático 1 ó 2 veces por semana para evacuar y des congestionar los focos de inflamación crónica según algunos autores.

Además se ha visto la eficacia de la doxiciclina en pacientes con uretritis gonocócica en la misma forma que con la penicilina y derivados con lo que las uretritis post-gonocócicas erróneamente denominadas han disminuido.

Después del tratamiento debe observarse a los pacientes de ambos sexos por más o menos 30 días; debe de investigarse piocitos en la orina y la secreción prostática del varón.

En la mujer buscar células inflamatorias en la secreción de cervix, vagina y uretra en estudios efectuados cada 20 días y buscar signos de vaginitis o cervicitis por examen ginecológico.

Además no hay que olvidar la posibilidad de una Trichomoniasis la cual no es afectada por ninguno de los tratamientos antes mencionados, siendo altamente sensible a los derivados imidazólicos. Metronidazol a dosis de 750 mgs. diarios por 10 días o Tinidazol 300 mgs. diarios por 7 días han dado buenos resultados. Además este último se puede dar en dosis única de 2 gramos, pudiéndose completar el tratamiento por tabletas vaginales.

En caso de la Cándida Albicans en su tratamiento se ha demostrado la eficacia de la Nistatina "Mycostantin" por medio del uso de tabletas vaginales y orales.

Tanto para la Trichomoniasis como Cándida el tratamiento se debe complementar por una adecuada higiene genital.

En lo que se refiere al herpesvirus pueden utilizarse antime-tabolitos 5-yodo-2-desoxiuridin, si se trata de recidivas puede intentarse un tratamiento con hiposensibilizante "Lupidon - G" vacuna preparada con gérmenes muertos de Herpes II.

PRESENTACION DEL TRABAJO REALIZADO EN MEXICO EN EL AÑO 1976 POR EL DR. ELIAS ZONANA FARCA

La investigación se efectuó durante el año pasado con 132 pacientes adultos del sexo masculino cuya edad osciló entre los 15 y 58 años de edad, de recursos económicos variables, asimismo culturales y de diferentes áreas de la ciudad. Además se tuvo en cuenta que no hubieran tenido tratamiento en los últimos 10 días previos a la consulta.

Las tomas de muestra se realizaron con un Hisopo aplicado en el meato de la uretra, haciendo presión o bien en el estudio del sedimento urinario de la primera parte de la micción.

Se practicó examen en fresco de las secreciones uretrales y del sedimento urinario para la detección microscópica de Trichomonas vaginales y Cándida albicans, y se practicaron frotis para la coloración de Gram.

Se efectuaron cultivo en agar-chocolate y Thayer - martin. Los medios de aislamiento e identificación del Mycoplasma se realizaron siguiendo los lineamientos de la Técnica de Shepard.

Después se le inició tratamiento con doxiciclina en una dosis de 200 mgs. iniciales y posteriormente 100 mgs. cada doce horas durante 10 días.

Los pacientes fueron revisados clínicamente a los 5 y 21 días y la valoración se hizo de acuerdo con el estudio y manifestaciones clínicas (desaparición de la secreción uretral, síntomas clínicos, y orina macroscópicamente limpia).

Se encontraron 34 casos de uretritis de origen gonocócica, es decir aproximadamente 25.7% de los casos. De los 48 restantes, es decir el 75.3% fue considerada como no gonocócica. De los 98 casos de uretritis no gonocócica se aislaron Mycoplasma en -

30 pacientes, es decir en el 33%.

La respuesta al tratamiento con doxiciclina fue: de los 34 pacientes en 33 la respuesta fue satisfactoria, desaparición de la secreción uretral y manifestaciones clínicas.

De los 98 casos no gonocócica la respuesta fue satisfactoria en 84.7%.

En tratándose de los 30 pacientes del grupo de 98 con uretritis no gonocócica en quienes se aisló cepas de *Mycoplasma* la respuesta al tratamiento con doxiciclina fue la siguiente: en 26 casos es decir 87.6% hubo curación clínica.

En este estudio se comprobó que hubo una mayor incidencia de las uretritis no gonocócicas sobre las gonocócicas y que el *Mycoplasma* también se encuentra en las mismas proporciones que señala la literatura.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTRO ESTUDIO

Como se mencionó al principio de nuestro trabajo, el estudio realizado fue de los pacientes que acudieron a la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios durante los meses de Enero a Diciembre del año de 1976. Dicha revisión se realizó de todas las clínicas que constituyen la consulta externa de adultos, pero de las pertenecientes a Ginecología, Urología, Venéreas y Medicina fue de donde se obtuvieron la mayoría de los datos. Para poder analizar todos los datos recolectados, se efectuaron cuadros correspondientes, en los cuales se agruparon por edades (15a. 24a. 25a. - 34a. 35a. - 44a. 45a. - más) por considerarse dentro de estos grupos la mayoría de los casos.

Cuadro No. 1:

En éste se encuentran agrupados los casos encontrados con el diagnóstico de Tricomoniasis Vaginal, teniendo en cuenta que éste está hecho únicamente en base a la sintomatología clínica de los pacientes, ya que en nuestro medio el laboratorio no cuenta con los recursos, personal y tiempo para que a cada una de estas personas se le efectuara un diagnóstico no solamente clínico sino también de laboratorio.

La edad más frecuentemente afectada fue de 25a - 34a. con un total de 55 casos equivalente a 32.75%, siendo la siguiente de 15a - 24a. con un total de 51 casos equivalente a 30.35%.

Luego dentro de 35a. - 44a. se encontró un número más bajo de 36 casos equivalente a 21.43% y por último dentro de los 45a - más fue de 26 casos equivalente a 15.47%.

El total de personas que se encontraron con este diagnóstico fue de 168 del sexo femenino.

Cuadro No. 2:

En éste se encuentran al igual que el anterior, casos con diagnóstico de Tricomoniasis Vaginal pero de personas que acuden a la Consulta Externa de diferentes áreas del interior de la república. El número de casos fue mucho menor dentro de las edades de 15a - 24a. y 25a - 34a. se encontraron en ambas 4 casos, - equivalentes a 28.57% cada una. Luego dentro de 35 a 44a. y 45a - más se encontraron 3 casos en cada una equivalentes a 21.43%.

El total de personas fueron 14, al final del cuadro se mencionan los lugares de donde provenían estas personas.

Cuadro No. 3:

En este cuadro se encuentran todos los diagnósticos de Tricomoniasis Vaginal tanto de la capital, como del interior de la República, siendo la edad de mayor incidencia la de 25a - 34a con 59 casos equivalente a 32.32%, luego 15a - 24a con 55 casos equivalente a 30.21%, después 35a - 44a. con 39 casos equivalente a 21.43% y de último la de 45a - más con 29 casos equivalente a 15.94%.

El total de casos encontrados durante el año con este diagnóstico fueron en total 182 casos, todos pertenecientes al sexo femenino y la edad que más se afectó fue de los 25a. a 34 años de edad.

Cuadro No. 4:

En éste se encuentran los con diagnóstico de Moniliasis Vaginal pertenecientes a esta capital, siendo la mayor incidencia entre 25a - 34a. con 11 casos, equivalente a 34.37%, sigue 15a - 24a. con 10 casos equivalente a 31.26%, luego 45a. o más con 7 casos equivalente a 21.87%, y de último 35a. a 44a. con 4 -

Cuadro No. 10:

Aquí se encuentran los diferentes diagnósticos encontrados dentro de la Uretritis no Gonocócicas en todos los meses que se revisaron. La de mayor incidencia fue la Tricomoniasis Vaginal con 182 casos equivalente a 68.43%, luego las Uretritis no Determinadas con 48 casos equivalente a 13.03%, y por último la Moniliasis Vaginal con 36 casos equivalente a 13.54%.

El total de casos revisados fueron de 266 en total de las diferentes clínicas que constituyen la consulta Externa del Hospital San-Juan de Dios.

Conclusiones de nuestro Estudio:

1. Dentro del Diagnóstico de Tricomoniasis Vaginal y Moniliasis el sexo femenino es el más afectado con este problema dentro de nuestra comunidad.
2. La edad que se encontró más afectada con los diagnósticos arriba mencionados fue la comprendida dentro de 25 a 34a. en ambos casos.
3. Los casos con diagnóstico de Uretritis no Determinadas el sexo masculino es el que más las presenta en nuestra comunidad.
4. La edad que se encontró más afectada dentro del grupo de las uretritis no determinadas fue dentro de 15a. 24a.
5. El diagnóstico con el cual se encontraron la mayoría de estos pacientes fue de Tricomoniasis Vaginal con un 68.43%
6. Los diagnósticos encontrados se basan únicamente en el cuadro clínico que presenta cada paciente, por lo que estos diagnósticos tienen un margen de error bastante amplio y en muchos otros como son las uretritis no determinadas no se establece el agente etiológico causante de la afección.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE TRICOMONIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL; DURANTE EL AÑO DE 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a-24a.	51	30.35%
25a-34a.	55	32.75%
35a-44a.	36	21.43%
45a-más	26	15.47%
TOTAL	168	100.00%

Cuadro No. 10:

Aquí se encuentran los diferentes diagnósticos encontrados dentro de la Uretritis no Gonocócicas en todos los meses que se revisaron. La de mayor incidencia fue la Tricomoniasis Vaginal con 182 casos equivalente a 68.43%, luego las Uretritis no Determinadas con 48 casos equivalente a 13.03%, y por último la Moniliasis Vaginal con 36 casos equivalente a 13.54%.

El total de casos revisados fueron de 266 en total de las diferentes clínicas que constituyen la consulta Externa del Hospital San-Juan de Dios.

Conclusiones de nuestro Estudio:

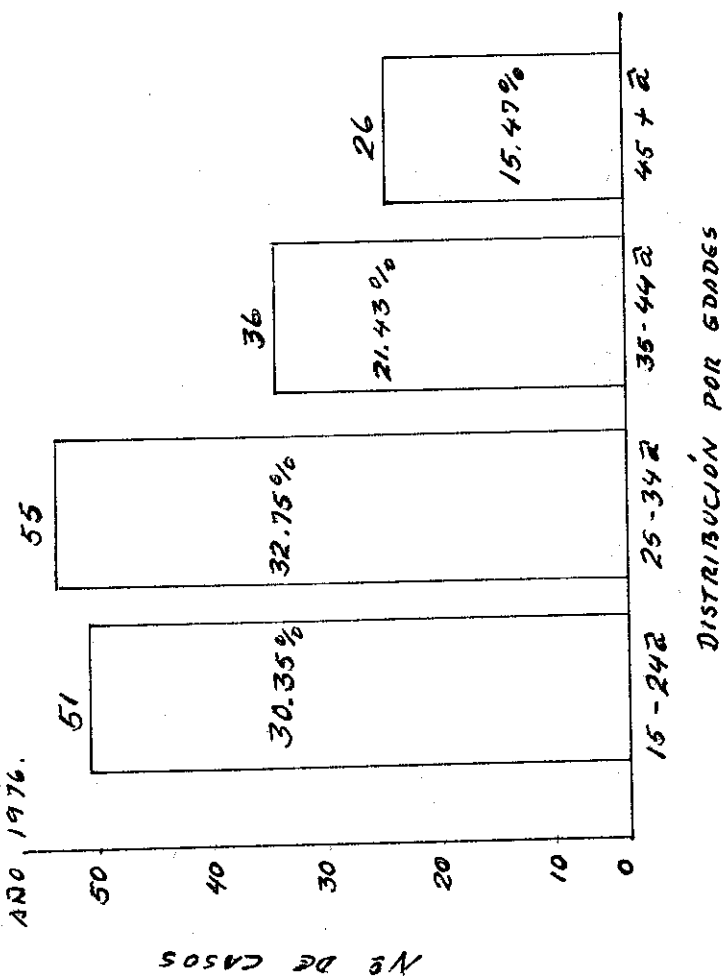
1. Dentro del Diagnóstico de Tricomoniasis Vaginal y Moniliasis el sexo femenino es el más afectado con este problema dentro de nuestra comunidad.
2. La edad que se encontró más afectada con los diagnósticos arriba mencionados fue la comprendida dentro de 25 a 34a. en ambos casos.
3. Los casos con diagnóstico de Uretritis no Determinadas el sexo masculino es el que más las presenta en nuestra comunidad.
4. La edad que se encontró más afectada dentro del grupo de las uretritis no determinadas fue dentro de 15a. 24a.
5. El diagnóstico con el cual se encontraron la mayoría de estos pacientes fue de Tricomoniasis Vaginal con un 68.43%
6. Los diagnósticos encontrados se basan únicamente en el cuadro clínico que presenta cada paciente, por lo que estos diagnósticos tienen un margen de error bastante amplio y en muchos otros como son las uretritis no determinadas no se establece el agente etiológico causante de la afección.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE TRICOMONIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL; DURANTE EL AÑO DE 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a-24a.	51	30.35%
25a-34a.	55	32.75%
35a-44a.	36	21.43%
45a-más	26	15.47%
TOTAL	168	100.00%

GRÁFICA Nº 1
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON DIAGNÓSTICO DE TRICOMONIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL DURANTE EL AÑO 1976.



CUADRO No. 2

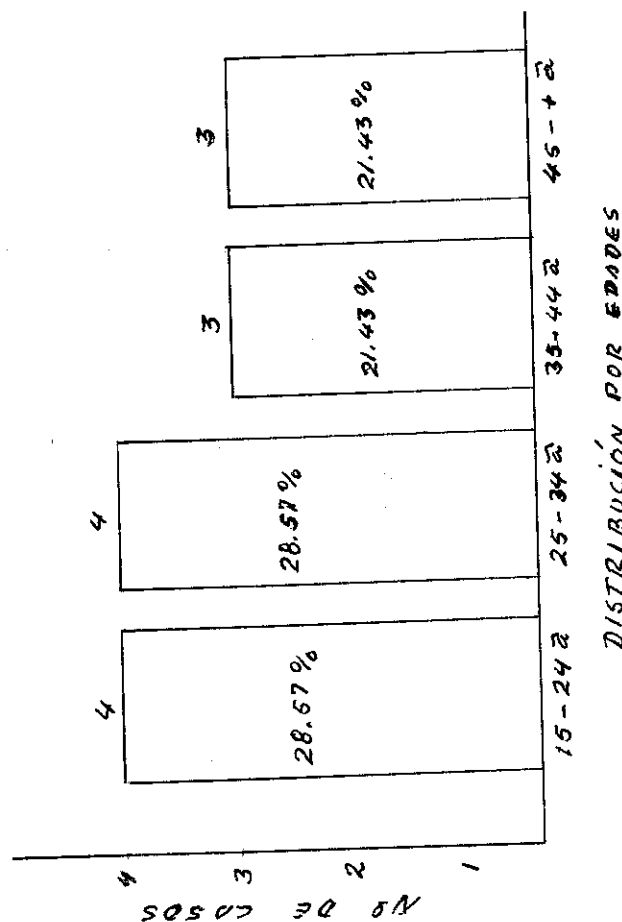
DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE TRICOMONIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A DIFERENTES LUGARES DE LA REPUBLICA; DURANTE EL AÑO DE 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	4	28.57%
25a - 34a	4	28.57%
35a - 44a	3	21.43%
45a - más	3	21.43%
TOTAL	14	100.00%

* Lugares:

Escuintla - Progreso - S. Pedro Ayampuc - Mazatenango - Boca del Monte - S. Lucas Sac. - Mixco - Zacapa - S. José Golfo - Sta. E. Barillas - Jutiapa - S. José Pinula - Sta. Catarina Pinula.

GRÁFICA No 2
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNÓSTICO DE TRICOMONIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A DIFERENTES LUGARES DE LA REPÚBLICA DURANTE EL AÑO 1976.

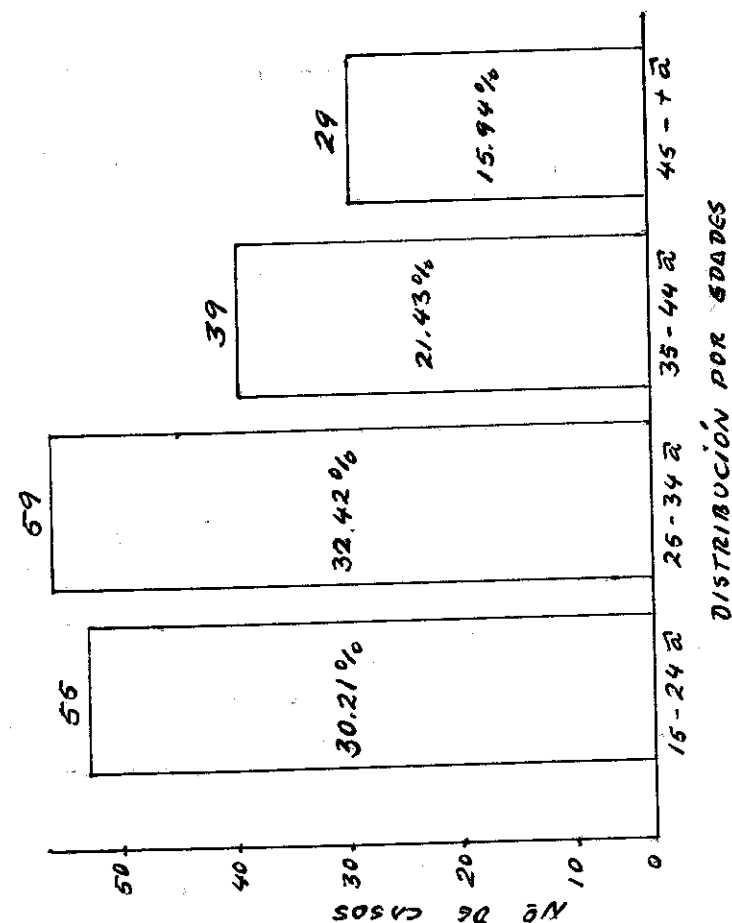


CUADRO No. 3

DISTRIBUCION POR EDADES DEL TOTAL DE CASOS ENCON-
TRADOS CON EL DIAGNOSTICO DE TRICOMONIASIS VAGI-
NAL, DURANTE EL AÑO 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	55	30.21%
25a - 34a	59	32.42%
35a - 44a	39	21.43%
45a - más	29	15.94%
TOTAL	182	100.00%

GRÁFICA N° 3
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DEL TOTAL DE CASOS ENCONTRADOS
CON EL DIAGNOSTICO DE TRICOMONIASIS VAGINAL, DURANTE EL
AÑO 1976

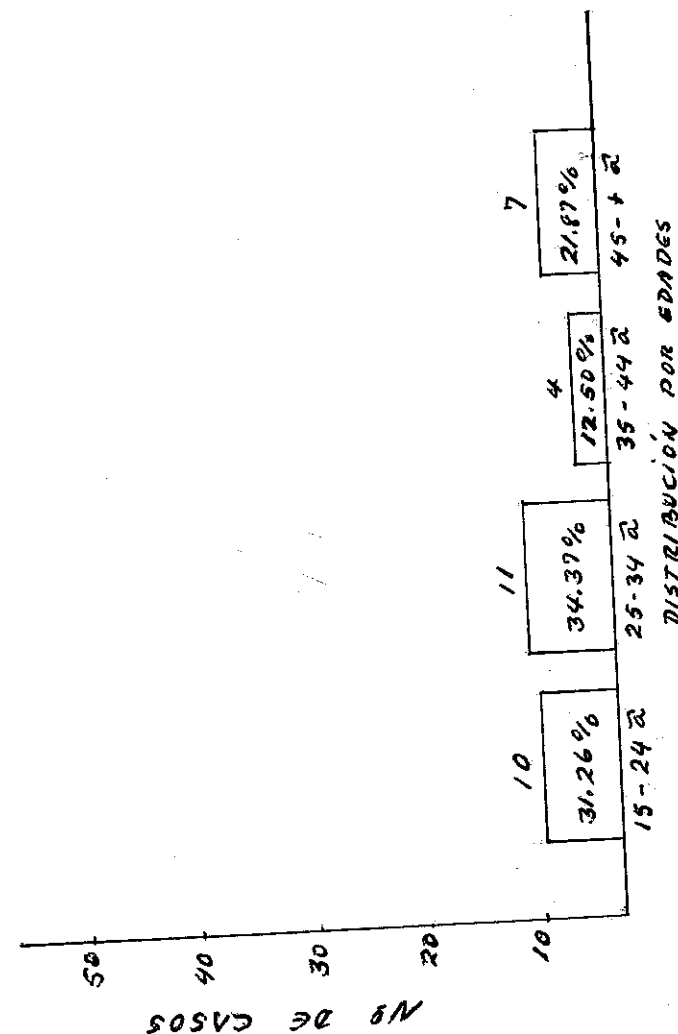


CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE MONILIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL; DURANTE EL AÑO DE - - 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	10	31.26%
25a - 34a	11	34.37%
35a - 44a	4	12.50%
45a - más	7	21.87%
TOTAL	32	100.00%

GRÁFICA Nº 4
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE MONILIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL DURANTE EL AÑO 1976



CUADRO No. 5

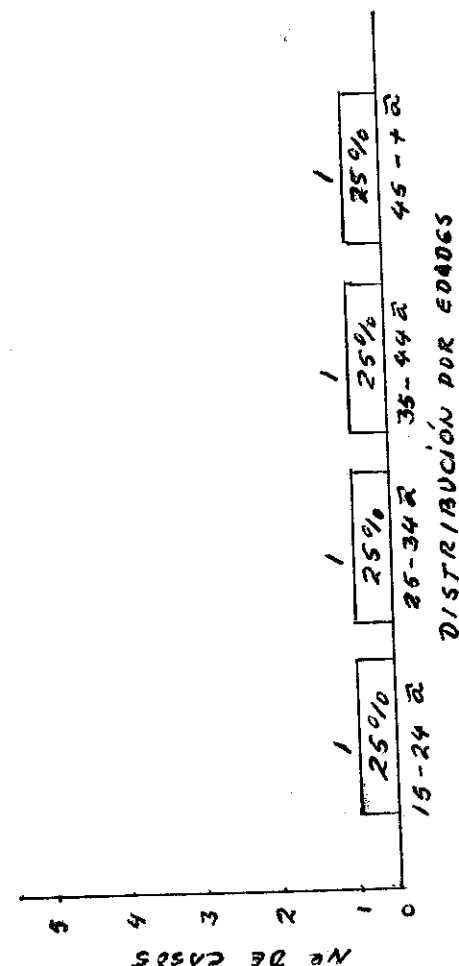
DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE MONILIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A DIFERENTES LUGARES DE LA REPUBLICA; DURANTE EL AÑO DE 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	1	25.00%
25a - 34a	1	25.00%
35a - 44a	1	25.00%
45a - más	1	25.00%
TOTAL	4	100.00%

* Lugares:

Pajapita - Cuilapa - Boca del Monte - Jalapa.

GRÁFICA N° 5
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE MONILIASIS VAGINAL, PERTENECIENTES A DIFERENTES LUGARES DE LA REPÚBLICA, DURANTE EL AÑO 1976

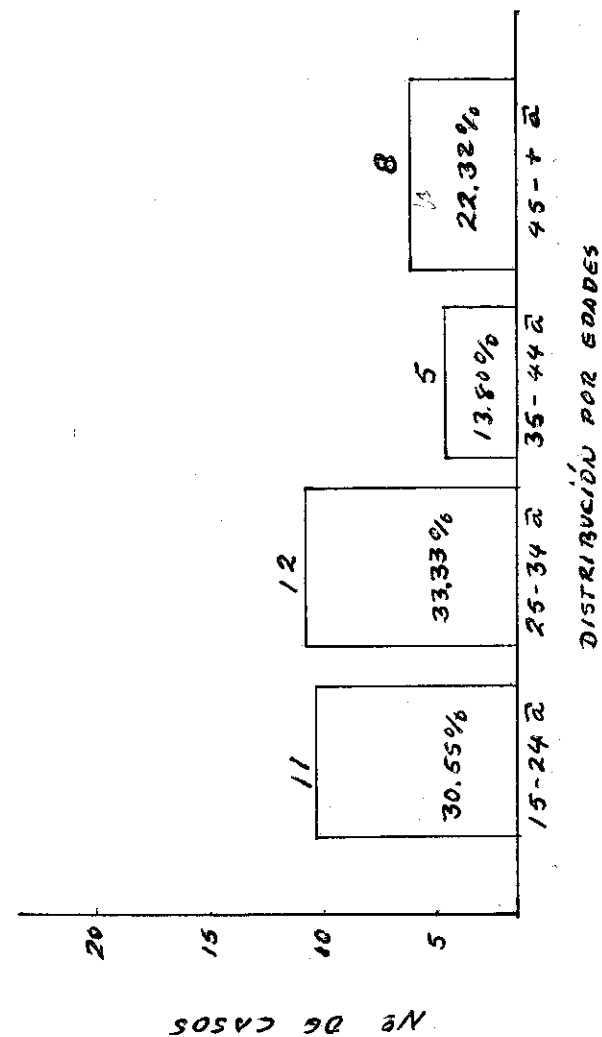


CUADRO No. 6

DISTRIBUCION POR EDADES DEL TOTAL DE CASOS ENCON-
TRADOS CON EL DIAGNOSTICO DE MONILIASIS VAGINAL,
DURANTE EL AÑO 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	11	30.55%
25a - 34a	12	33.33%
35a - 44a	5	13.80%
45a - más	8	22.32%
TOTAL	36	100.00%

GRÁFICA No 6
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DEL TOTAL DE CASOS EN-
CONTRADOS CON EL DIAGNÓSTICO DE MONILIASIS
VAGINAL, DURANTE EL AÑO 1976.



CUADRO No. 7

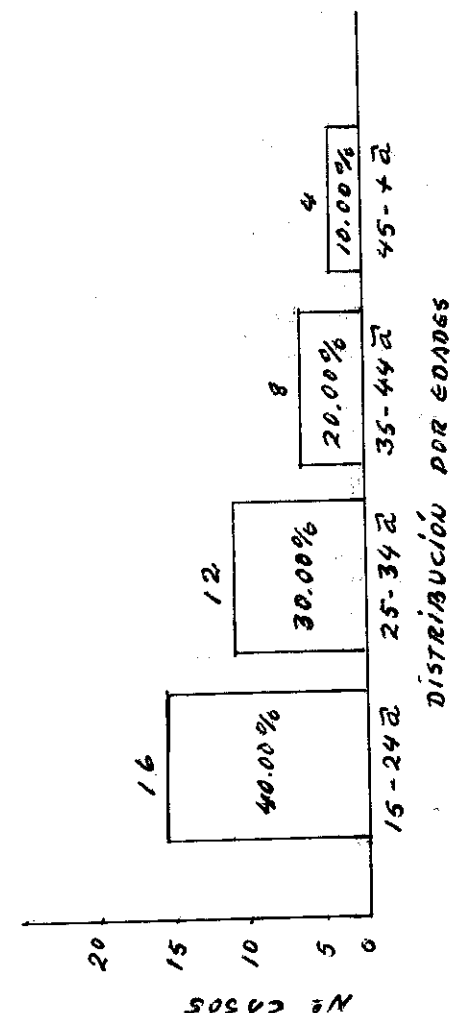
DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE URETRITIS NO DETERMINADAS, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL; DURANTE EL AÑO DE 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	16	40.00%
25a - 34a	12	30.00%
35a - 44a	8	20.00%
45a - más	4	10.00%
TOTAL	40	100.00%

*

Unicamente se encontró un caso perteneciente al sexo femenino entre 15a - 24a.

GRÁFICA No. 7
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE URETRITIS NO DETERMINADAS, PERTENECIENTES A ESTA CAPITAL; DURANTE EL AÑO 1976.



CUADRO No. 8

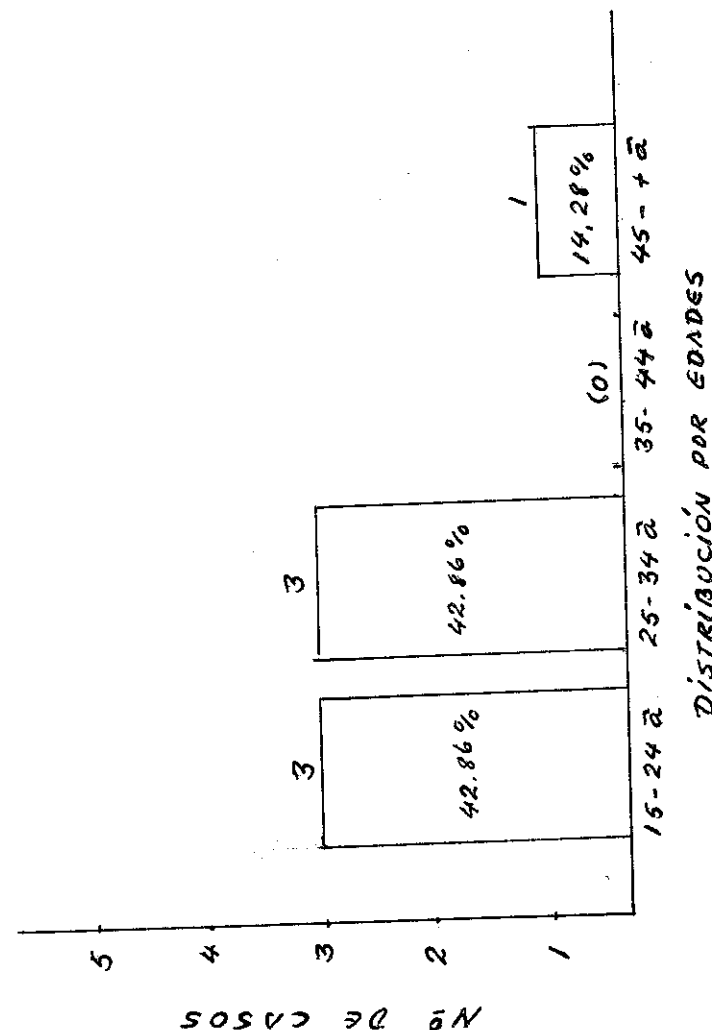
DISTRIBUCION POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE URETRITIS NO DETERMINADAS, PERTENECIENTES A DIFERENTES LUGARES DE LA REPUBLICA; DURANTE EL AÑO DE 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	3	42.86%
25a - 34a	3	42.86%
35a - 44a	-	- - -
45a - más	1	14.28%
TOTAL	7	100.00%

* Lugares

El Retrecho - Chiquimula - San Martín Jilotepeque - Progreso - Escuintla.

GRÁFICA N° 8
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE LOS CASOS QUE SE ENCONTRARON CON EL DIAGNOSTICO DE URETRITIS NO DETERMINADAS, PERTENECIENTES A DIFERENTES LUGARES DE LA REPUBLICA; AÑO 1976.

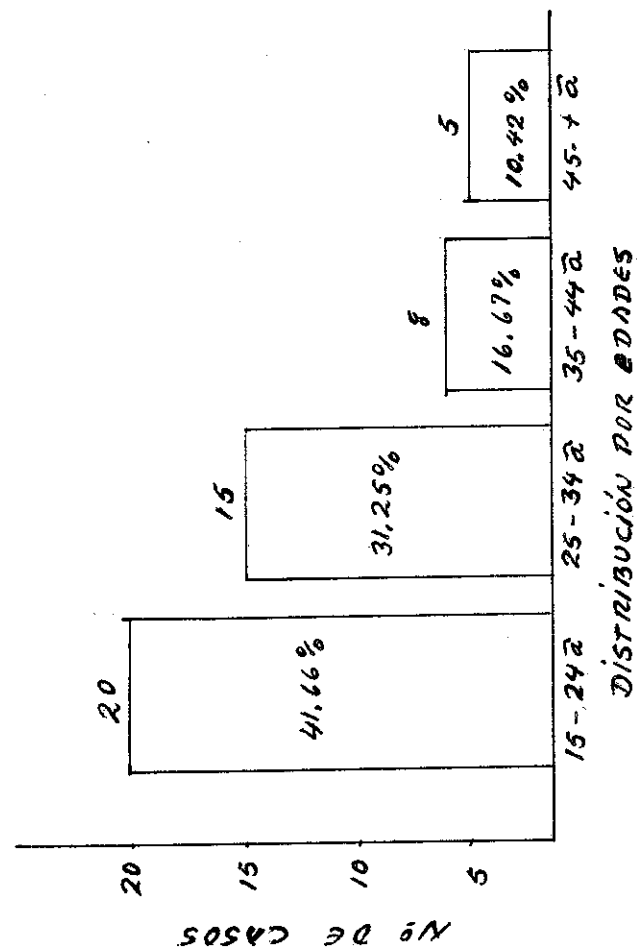


CUADRO No. 9

DISTRIBUCION POR EDADES DEL TOTAL DE CASOS ENCON-
TRADOS CON EL DIAGNOSTICO DE URETRITIS NO DETER-
MINADAS, DURANTE EL AÑO 1976.

Edades	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
15a - 24a	20	41.66%
25a - 34a	15	31.25%
35a - 44a	8	16.67%
45a - más	5	10.42%
TOTAL	48	100.00%

GRÁFICA No. 9
DISTRIBUCIÓN POR EDADES DE TOTAL DE CASOS ENCONTRA-
DOS CON DIAGNÓSTICO DE URETRITIS NO DETERMINADAS; DU-
RANTE EL AÑO 1976.

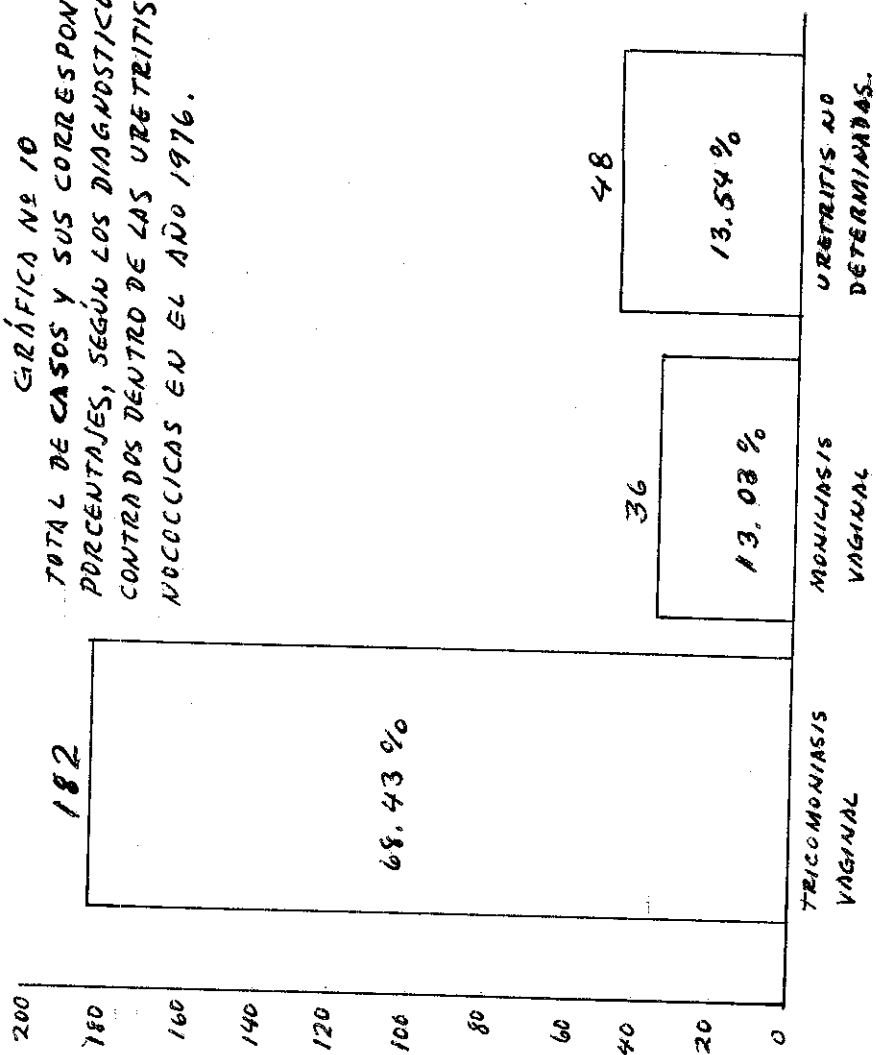


CUADRO No. 10

TOTAL DE CASOS Y SUS CORRESPONDIENTES PORCENTAJES,
SEGUN LOS DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS DENTRO DE -
LAS URETRITIS NO GONOCOCCICAS EN EL AÑO 1976.

Diagnósticos	No. de Casos Encontrados	Porcentaje
TRICOMONIASIS VAGINAL	182	68.43%
MONILIASIS VAGINAL	36	13.54%
URETRITIS NO DETERMINADAS	48	13.03%
TOTAL	266	100.00%

GRÁFICA Nº 10
 TOTAL DE CASOS Y SUS CORRESPONDIENTES
 PORCENTAJES, SEGÚN LOS DIAGNÓSTICOS EN --
 CONTRADOS DENTRO DE LAS URETRITIS NO GO-
 NOCOCCICAS EN EL AÑO 1976.



CONCLUSIONES

1. El problema de las Uretritis no Gonocóccicas es de alta incidencia en varios países.
2. La sintomatología encontrada en pacientes que presentan esta afección, no nos permite identificar exactamente en todos los casos el agente etiológico, lo que hace indispensable incrementar el examen de laboratorio en estos casos; para no realizar diagnósticos únicamente por exclusión.
3. Los Mycoplasmas y Chlamydia son los gérmenes que con más frecuencia son la causa de estas afecciones y a la vez son los que requieren de estudios especializados en laboratorios para lograr aislarlos.
4. Dentro de nuestro estudio podemos asumir en base a lo anteriormente expuesto, que muchas de las uretritis no determinadas podrían ser causadas por Mycoplasmas o Chlamydia, pero por la falta de un buen laboratorio que tuviera los medios necesarios para efectuarles exámenes adecuados a cada paciente que presentara esta clase de problemas es imposible llegar a determinar el diagnóstico etiológico de cada una de ellas.
5. Tratar en nuestro medio que a los diagnósticos de Tricomonia-sis y Monialiasis vaginal se les efectúe los exámenes de laboratorio correspondientes, ya que éstos son mucho más sencillos de elaborar y permitirían a la vez un beneficio tanto para las personas que se presentan con esta clase de problemas, como mayor conocimiento de estas afecciones al médico tratante que en estos casos se trata de estudiantes de medicina.

BIBLIOGRAFIA

1. Cecil-Loeb. "Tratado de Medicina Interna". Editorial Intamericana. Decimotercera Ed. 1972. Pág: 1897-1903.
2. Csonka, B.W. and Spitzer, R. I: Lincomycin Nongonococcal urethritis and mycoplasma. Brit. J. Vener. Dis. 45:52-54 1969.
3. Dienes, L. y Edsall, G: Observations on the L-organism of Klineberger. Proc.Soc.Exp. Biol. Med. 36:740, 1957.
4. Dunlop, E.M.C.: Infection of urethra By Trich agent in men presentign because of non-specific urethritis. Lancet, 1: -1125-1128, 1965.
5. Filloy, L. Borjas, E. y Soqui, R.: Aislamiento de Mycoplasma T en enfermos con uretritis no gonocócica y en adultos sanos del sexo masculino de la ciudad de México. Rev. Inv. Salud Pública. 35: 155-159, 1975.
6. Graham, R. S.: Non-gonococcal urethritis. U.S. Armed Forces Med. J. 5: 1249-1256, 1954
7. Hilton, A. L.; Richmond, S. J. et al.: Chlamydia in the female genital tract. Br. J. Vener. Dis. 50; 1-10 1974.
8. Holmes, K. K. et al.: Studies of venereal disease II. Observations on the incidence, etiology and treatment of the post-gonococcal urethritis syndrome. JAMA. 202:467-473 1967.
9. Holmes, K. K. et al: Studies of venereal disease. III. Double blind comparison of Tetracycline hydrochloride and placebo in treatment of nongonococcal urethritis. JAMA. 202: -129-137. 1967.

10. Jawetz Ernest, Melnick Joseph L. Adelberg Edward A. "Manual de Microbiología Médica. Manual Moderno S.A. México 1970: Pág. 185-190, 255, 280, 524, 481, 488.
11. Lassus, A.: Doxyclyne treatment of gonorrhea in cases with decrease penicillin susceptibility of gonococci. Chemotherapy 15: 125-128. 1970.
12. Marckhan, N.P. et al; incidence of T-strein Mycoplasma in male and female subjects attending venereal disease clinic. - Brit. J. Vener. Dis. 48: 220-204. 1972.
13. Meyer-Rohen, J.: in Gottron/Schonfeld: Dermatologie und Venerologie V 12, Georg thieme Verlag Stuttgart 1965.
14. Orial, J. D. et al: Chlamydia infections of the cervix. Br. J. Vener. Dis 50: 11-16 1954.
15. Reeve, P; Gevloff. R. K.; Casper. E.; Philip. R. n.: Oviel, - J. D. y Powis, P A.: Brit J. Vener. Dis., 48:133, 1974.
16. Shepard. M. C.: Recovery of Pleuroneumonia like organisms from a negromen. Am. J. Syph., 38: 113, 1954.

Br. Sandra Leticia Ríos López de Sanabria

Dr. Alejandro Palomo
Asesor

Dr. Rigoberto Fong Castillo
Revisor

Dr. Julio De León Méndez
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario General

Vo.Bo.

Dr. Carlos Armando Soto G.
Decano