

"URETRITIS GONOCOCICA"
(Su tratamiento con Doxiciclina)

BR. ERWIN SCHMID GONZALEZ

GUATEMALA, JULIO DE 1977

DEDICO ESTA TESIS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AL HOSPITAL ROOSEVELT

AL HOSPITAL MILITAR DE GUATEMALA

AL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

A MIS AMIGOS, ESPECIALMENTE A:

LIC. DAVID ABBOTT HAIM

DR . WILLIAM CAMPBELL

DR . ROLANDO GONZALEZ

DR . CARLOS ALBERTO ESMENJAUD

DR . ROBERTO ESTRADA VIDAURRE

DR . HILMAR MOLINA CASTELLANOS

INTRODUCCION

Desde tiempos muy antiguos hasta nuestros días, las enfermedades venereas han acompañado al hombre en todo el transcurso de su evolución; especialmente en los últimos años ha habido un incremento de las mismas. El presente estudio hace énfasis especialmente a la Uretritis Gonococcica y su tratamiento; el agente etiológico fue descubierto en 1879 por Neisser, pero en esa época no se contaba con ninguna arma eficaz para combatirlo no fue sino hasta 1935 que la quimioterapia dió un gran paso en Alemania donde se mostró que el colorante Azoico Rojo Pontosil protegía a los ratones contra infecciones estreptococcicas, dando inicio a una nueva era en la Medicina hasta llegar al descubrimiento de la Penicilina por Alexander Fleming y posteriormente Florey y colaboradores en 1941, señalaron la acción y efecto notables de la misma, dedicándose a estudiarla y producirla en gran cantidad. Desde la introducción de la Penicilina en el campo de la terapéutica ha sido el medicamento de elección en el tratamiento de la Uretritis Gonococcica y en la actualidad aún lo es, aunque de la dosis inicial de 75.000 UI que se necesitaban para controlar la infección, se ha llegado en la actualidad a utilizar 4.000,000 UI, esto debido en parte al aumento de la resistencia que el germen ha presentado a la penicilina.

Con el avance de la antibioterapia en los últimos tiempos se han ido descubriendo otros medicamentos que han resultado tan eficaces en el tratamiento de la Uretritis Gonococcica, como los que originalmente se utilizaron. La ampicilina que es un derivado semisintético del ácido 6 amino penicilánico, otros como la eritromicina y también la tetraciclinas, (dentro de las cuales se encuentra la DOXICICLINA que es el objeto del presente trabajo).

No se pretende demostrar que esta droga sea más eficaz que la penicilina en el tratamiento de la Gonorrea, sino informar que contamos con otro medicamento más, para combatirla.

URETRITIS GONOCOCICA

DEFINICION:

Es una inflamación de la mucosa de la uretra anterior o posterior y vías genitales por *Neisseria gonorrhoeae*, llamada comúnmente gonococo. La infección casi siempre resulta por contacto directo. Después de la invasión de las vías genitourinarias, los gonococos pueden difundirse hacia lugares extragenitales y causar infecciones como artritis, tenosinovitis, perihepatitis, endocarditis y meningitis.

ETIOLOGIA:

La *Neisseria gonorrhoeae* es un coco inmóvil, no esporulado, no encapsulado, aerobio y Gram negativo. Su forma es oval o arañonada, midiendo de 0.8 a una micra de diámetro. Cada gonococo puede aparecer en la secreción uretral formando una pareja, mirándose ambos elementos por su cara cóncava (diplococo). Una porción considerable de los gérmenes, se hayan en el interior de los leucocitos polimorfonucleares. Aunque no capsulado, cada gonococo parece rodeado de una envoltura densa que no toma el decolorante, razón por la cual ambos elementos nunca se tocan entre sí. No se les observa agrupados en cadena sino reunidos en agrupamientos de 2, 4, 8 ó 16 elementos. Se ha señalado la existencia de 4 cepas de gonococos, de las cuales T1 y T2 serían las únicas patógenas, y T3 y T4 las saprofísicas.

La *Neisseria gonorrhoeae* puede distinguirse de otras *Neisseria* por su capacidad de fermentar la glucosa, pero no la maltosa o la sacarosa.

La característica quizás más importante del germen con relación al diagnóstico de la afección es su carácter intracelular, patognomónico de la misma. Esto es la regla du-

rante la fase aguda de la enfermedad, aún cuando pueden observarse algunas formas extracelulares. Por el contrario, en los casos incipientes o en los que han pasado a la cronicidad, privan las formas extracelulares. El aislamiento primario del gonococo resulta difícil, pues el germen tiene necesidades nutritivas complejas y es sensible a sustancias tóxicas presentes en muchos medios. Para su crecimiento hay que añadir a los mismos sangre, suero, líquido ascítico u otros agentes, dado que el crecimiento no puede lograrse con agar simple, aunque generalmente se emplea sangre y el medio se calienta (agar-chocolate) para disminuir el efecto perjudicial ejercido por aminoácidos tóxicos sobre el gonococo. Necesita una temperatura próxima a la corporal normal y grado de humedad adecuada, no pudiendo resistir cambios de temperatura en más o menos, muy alejados de los 36 grados centígrados ni tampoco la desecación de ahí que su supervivencia fuera de su único huésped conocido por el hombre, sea muy problemática.

El germen sólo crece y se multiplica en los epitelios cilíndricos y transición en la uretra anterior, siendo resistentes los plenos estratificados.

El gonococo no posee exotoxinas, sólo una endotoxina que se libera con la destrucción del germen. La misma es capaz de producir la muerte de animales de laboratorio cuando es inyectada y quizás, sea la responsable de los fenómenos inflamatorios característicos de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de la gonorrea ha ido creciendo en los últimos años. A pesar de la relativa disminución de esta enfermedad luego de la Segunda Guerra, (coincidiendo con la aparición de la penicilina) casi siempre se adquiere por contacto sexual; son excepciones la conjuntivitis gonocócica y la vulvovaginitis. La conjuntivitis resulta del paso del recién nacido por las vías geni-

tales infectadas o de contaminación después del nacimiento. La vulvovaginitis es una infección de las vías genitales de lactantes y niñas preadolescentes resultante de contacto directo con adultos infectados, o raramente de contacto con toallas o ropas contaminadas con gonococos.

Un episodio de gonorrea confiere poca o ninguna inmunidad a infecciones ulteriores, y son frecuentes las crisis repetidas. El gonococo puede persistir en las vías genitales durante varios meses.

A pesar de todos los esfuerzos en las civilizaciones más avanzadas para intentar erradicar esta enfermedad existen tres hechos que dificultan su control:

1. Período corto de incubación y gran transmisibilidad de la enfermedad.
2. Elevado número de portadores asintomáticos.
3. Falta de respuesta inmunológica permanente luego de la infección.

El principal reservorio del gonococo en la población general, se piensa que lo constituye las mujeres portadoras asintomáticas, este hecho tiene importancia en la epidemiología de la gonorrea porque son difícil de descubrir y, por lo tanto, raramente se someten al tratamiento.

PATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA

El epitelio plano estratificado de los genitales externos y la vagina en adultos es muy resistente a la infección gonocócica. El medio más favorable para el desarrollo del microorganismo es, en el varón; el epitelio de uretra anterior, próstata, vesículas seminales, epidídimo y glándulas uretrales ac-

cesorias; en la mujer: glándulas de Bertolin y Skene, cuello uterino y trompas de falopio. Por razones ignoradas, el endometrio es bastante resistente a la infección.

Histológicamente hay escasos datos que indiquen el carácter del microorganismo y la reacción es por completo inespecífica, los cambios inflamatorios se circunscriben principalmente a la mucosa superficial y la submucosa de la uretra anterior. Los frotis de exudado deben descubrir los diplococos intracelulares Gram negativos, pero el diagnóstico de certeza exige identificación por cultivo. En caso de ocurrir diseminación, puede sobrevenir endometritis gonocócica, pero por lo regular el endometrio es respetado. Una vez dentro de las trompas, aparece salpingitis supurada aguda. La serosa tubaria se torna hiperémica y revestida de fibrina; el interior está ocupado por exudado purulento, pudiendo las franjas tubáricas cerrarse contra el ovario, lo que produce salpingooforitis. La acumulación de exudado en el lugar donde la trompa está unida herméticamente al ovario se pueden originar abscesos tuboováricos. Estos fenómenos inflamatorios no son realidad abscesos ováricos, pues el parenquima ovárico subyacente es respetado de manera notable, excepto en las capas más superficiales.

CUADRO CLINICO:

A) URETRITIS GONOCOCICA AGUDA

Las manifestaciones clínicas de la gonorrea son diferentes en el hombre y la mujer.

EN EL HOMBRE: El período de incubación es variable, pero la duración del mismo puede extenderse a 10 ó más días, y ser tan corto como en horas, siendo de interés la observación de que estos períodos prolongados suelen ser en individuos con antecedentes de infecciones previas.

Los síntomas prodrómicos están constituidos por prurito o ardor ligero a nivel del meato o de la fosa navicular, sobreviniendo luego una secreción no muy abundante, filante, de aspecto turbio y de color amarillento. A las 24 o 48 horas el proceso entra en período de infección. En ese entonces el gonococo ha penetrado en el epitelio cilíndrico de la uretra anterior alcanzando la submucosa, produciendo entonces la secreción característica. El meato se presenta enrojecido y edematoso y fluye secreción purulenta de color amarillo verdoso. En ocasiones mezclada con sangre.

Las molestias uretrales, pueden ser ardor y dolor durante la micción. Cuando la infección ataca la uretra posterior, a los síntomas anteriores, se agrega polaquiuria marcada y en ocasiones dolor postmiccional. Puede existir edema e inflamación del cuello de la vejiga por fenómenos de vecindad. (Así mismo pueden haber erecciones dolorosas y prolongadas), que se explican por la irritación de la zona del verumontanum. La infección puede extenderse a la glándula prostática por falta de tratamiento así como a las vesículas seminales las cuales deben ser investigadas ya que constituyen focos de reservorios que pueden perpetuar la infección. La uretritis gonocócica puede acompañarse de prostatitis, la vesiculitis y/o epididimitis. Con la participación de la próstata puede haber retención urinaria aguda.

EN LA MUJER: En la mayoría de los casos el proceso es asintomático aunque la portadora puede presentar síntomas variados según la localización del mismo. Un aumento de flujo vaginal puede denunciar la infección y el examen ginecológico mostrar la existencia de una endocervicitis con mucosa congestiva, tumefacta, que sangra con facilidad y cubierta de abundante exudado purulento. La uretritis gonocócica aguda puede producir ardor durante la micción, polaquiuria y secreción purulenta espontánea, aunque frecuentemente la

participación uretral se presenta en forma asintomática. Al examen, el proceso inflamatorio se manifiesta por la existencia del meato enrojecido, dolorosa a la palpación que aparece como una cuerda tensa con secreción espontánea o por expresión digital de la misma. La congestión de la desembocadura de los conductos de las glándulas parauretrales, así como el dolor que despierta la palpación de las mismas, permiten demostrar su compromiso. Ocasionalmente se aíslan gonococos del recto lo que puede producir proctitis sintomática que se manifiesta por secreción anal, dolor rectal urente, sangre y pus en las deposiciones, y dolor al defecar.

B) URETRITIS GONOCOCICA CRONICA

Los síntomas locales pueden aparecer a tiempo variable del episodio agudo, entre los cuales la "Gota Militar" de los clásicos es el más característico, en otros casos obedece a infecciones concomitantes de otra etiología o a sobreinfecciones, no siendo posible en ocasiones poner en evidencia la participación del gonococo. La mayoría de los diagnósticos de blenorragia crónica se hace por el hallazgo de "Diplococos Gram Negativos". Para reafirmar la verdadera naturaleza del cuadro deben ser concluyentes las pruebas de cultivo y demás reacciones de identificación.

C) URETRITIS GONOCOCICA ASINTOMATICA

Es reconocida la alta incidencia de Blenorragia asintomática en la mujer, pero este concepto no se ha aplicado al paciente de sexo masculino. Priva aún, en ciertos medios; la idea que la blenorragia masculina es acompañada siempre de manifestaciones clínicas ostensibles, razón por la que los esfuerzos para detectar infecciones asintomáticas debe dirigirse a la mujer.

Sin embargo hay estudios de otros autores en las cuales se le da mucha importancia a las formas asintomáticas del varón como-

foco de diseminación indiscutible. Es de destacar que en estos pacientes la afección pasa inadvertida, por lo que continúan con su actividad sexual normal y se constituyen en focos de propagación de la enfermedad, de mayor peligrosidad que los sujetos sintomáticos.

Fuera de las localizaciones extragenitales como la rectal y la faríngea, la proctitis gonocócica es frecuente en la mujer, a partir de la infección genital primaria, pero en el hombre es contraída exclusivamente por contactos homosexuales.

COMPLICACIONES:

Las infecciones gonocócicas en el hombre y en la mujer son, en la gran mayoría de los casos, procesos circunscritos al sitio de inoculación. Las complicaciones fueron más frecuentes y graves antes del advenimiento de la quimioantibioticoterapia, donde el proceso evolucionaba a su suerte y sujeto a la acción de los mecanismos inmunitarios-naturales.

No obstante, en paralelismo con el marcado incremento de la infección gonocócica, se ha observado en los últimos tiempos aumentos de las manifestaciones dependientes de la diseminación del proceso. Desde el sitio de inoculación, la infección puede propagarse por continuidad (vía canalicular o linfática) a las estructuras vecinas y generar: prostatitis, epididimitis, vesiculitis, salpingitis, ooforitis y peritonitis.

La diseminación por vía hemática (bacteriemia gonocócica) aparece como paso previo a las manifestaciones localizadas en piel, hígado, articulaciones, meninges, ojos, corazón y otras estructuras.

Toda vez que estas complicaciones pueden o no desarrollarse en sujetos con similares condiciones de infección primaria, aparecen como factores condicionantes; la virulencia de los gonococos, que se encontraría aumentada en los casos de diseminación. Alrededor de dos tercios de las complicaciones sistemáticas, ocurren en mujeres, debido al mayor número de infecciones asintomáticas que permanecen sin tratamiento y evolucionan durante largo tiempo.

COMPLICACIONES UROGENITALES:

PROSTATOVESICULITIS: Es consecuencia de la extensión de la infección a la uretra posterior. En ocasiones el proceso evoluciona sin síntomas llamativos, pero puede manifestarse por dolores pelvianos irradiados al recto y al sacro, pesadez perineal, fiebre y decaimiento general.

ORQUIEPIDIDIMITIS: Es ésta generalmente secundaria al compromiso prostático y constituye una de las más temidas, por sus secuelas, consistentes en la estenosis de los conductos.

ENDOMETRITIS - SALPINGOOFORITIS - PELVIPERITONITIS: La extensión del proceso a la cavidad uterina genera una endometritis y la posterior invasión de las trompas, produciendo una salpingitis que generalmente es bilateral. La obstrucción tubárica es la secuela de estos procesos; cuando evolucionan libremente o son objeto de tratamientos inadecuados, produciendo esterilidad. La invasión del peritoneo por los gérmenes provenientes de la infección tubárica se vuelcan en su cavidad provocando la inflamación de la serosa, con sintomatología clásica. La formación de abscesos cerrados en las trompas o de colecciones purulentas en el fondo del saco de Douglas constituyen complicaciones posibles.

BARTOLINITIS: La infección aguda representa un absceso en el borde interno del labio mayor, que aparece edematoso y enrojecido.

COMPLICACIONES EXTRAGENITALES

ARTRITIS GONOCOCICA: Es la manifestación más frecuente encontrada de la diseminación gonocócica habiendo sido descritas dos formas clínicas: una forma poliarticular, con manifestaciones generales de fiebre y escalofrío, lesiones cutáneas y bacteriemia; otra forma es monoarticular, con derrame sinovial y sin manifestaciones extraarticulares. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son las de la muñeca y la rodilla, el diagnóstico se apoya en el hallazgo del gonococo en el líquido articular obtenido por aspiración, aunque el microorganismo sólo se aísla en corto porcentaje de los casos.

ENDOCARDITIS GONOCOCICA: Es una complicación frecuente pero capaz de poner en peligro la vida del paciente si no es reconocida y tratada pronta y adecuadamente. Los síntomas no difieren fundamentalmente de la endocarditis producidas por otros agentes bacterianos.

HEPATITIS GONOCOCICA: Cuadros de perihepatitis, han sido descritos en el curso de afecciones gonocócicas en la mujer; que evolucionaron a pelviperitonitis por propagación canalicular. El proceso evoluciona como una inflamación peritoneal del cuadrante superior derecho del abdomen.

MENINGITIS: La gonococemia puede producir cuadros de meningitis en todo similares a los ocasionados por otros agentes bacterianos, y la confirmación de la etiología gonocócica puede requerir la práctica de cultivos de material obtenido de diferentes partes, efectuar pruebas de fermentación e identificación por anticuerpos fluorescentes.

LESIONES DERMICAS: Más frecuentes en la mujer que en el hombre, la lesión evoluciona en varias etapas a partir de una mácula hemorrágica a una lesión pustulo-vesiculosa con te-

jididos tumefactos y haloeritematoso, predominantemente en las extremidades y en las proximidades de las articulaciones.

DIAGNOSTICO.

Todo tipo de blenorragia, por típico que resulte el cuadro clínico, requiere para su confirmación, la identificación del gonococo por técnicas de laboratorio. La mujer presenta a este respecto dificultades especiales. Sin un cuadro clínico característico en la gran mayoría de los casos, con flora de contaminación constantemente presente (que produce resultados falsos negativos o positivos en las técnicas de frotis) demanda el empleo de métodos más complejos, pero seguros para su adecuado diagnóstico.

RECOLECCION DE MATERIAL: Para la toma del material a estudiar, pueden emplearse asas de alambre de platino de esterilización simple expuestas a la llama, o escobillas descartables de algodón.

En el varón, cuando la secreción fluye espontáneamente, se desecha la primera porción de la misma para evitar contaminaciones y se toma directamente la existente a medio centímetro del meato con una asa de platino previamente esterilizado. Si la secreción es escasa, se obtiene material por expresión de la uretra.

Cuando se sospecha la existencia de gonorrea asintomática, las muestras son tomadas de la uretra anterior a 4-5 cm. del meato. Paralelamente, es aconsejable obtener secreción prostática para su estudio, efectuando con ese fin masajes digitales concéntricos de la glándula hasta la obtención del material. Por último, previa centrifugación se recogen 10 o 15 ml de orina de la primera micción para el estudio del sedimento.

En todos los casos es aconsejable que el paciente haya permanecido 5 o 6 horas sin orinar para facilitar la acumulación de secreciones, y tomarán tantas muestras como métodos de estudios se pre-

vean practicar.

En la mujer, los sitios más adecuados para recolección de material han sido objeto de numerosas controversias, existiendo en la actualidad acuerdo de que no existe una única estructura que provea la posibilidad de diagnóstico adecuado. Las secreciones vaginales arrojan los índices más bajas de positividad, lo que correspondería con la poca viabilidad demostrada por el gonococo en ese medio. El cérvix uterino aparece como el sitio de máxima sensibilidad para la detección de la gonorrea de la mujer infectada, siguiéndole la uretra. El canal anal es contaminado con cierta frecuencia, dada la particular disposición del mismo en la mujer próximo al canal genital, apareciendo muchas veces comprometido, con la particularidad, de que en ciertos casos es la única estructura que alberga el gonococo. Aparece entonces racional (a fin de facilitar el diagnóstico y descartar los casos de gonorrea asintomática) que la toma de muestras se efectúe en la mujer simultáneamente a nivel del endocervix, de la uretra y de las criptas anales. Debe evitarse sistemáticamente el empleo de jaleas o lubricantes en el espéculo para la recolección del material, ya que estas sustancias pueden alterar la viabilidad del germen.

La obtención del material durante o al finalizar el ciclo menstrual, (práctica recomendada durante mucho tiempo a fin de facilitar el hallazgo del germen), ha sido objeto de opiniones contradictorias y probablemente sea pequeño o nulo el beneficio que con esta modalidad se obtenga. En todo caso no está justificado postergar el examen hasta la aparición del ciclo menstrual de la paciente.

EXAMEN BACTERIOLOGICO DEL FROTIS COLOREADO: - El exudado de la uretra masculina extendido en delgada capa sobre un portaobjeto, fijado por calor y coloreado según la técnica del Gram, es el método más simple para la detec-

ción del gonococo. La presencia de microorganismos dispuestos en parejas, intracelulares, con forma uniformemente característica y que no toman el Gram, permite en muchos casos certificar el diagnóstico. Sin embargo la no detección del germen en el extendido no implica ausencia de infección gonocócica en el sujeto sospechoso, ni es prueba efectiva de curación cuando se practica después de un tratamiento. Accesoriamente, la administración previa de antibióticos, así como estadios posteriores a la fase aguda de la enfermedad dan lugar a cambios morfológicos, tintoriales y de disposición de los gérmenes; haciendo imposible el diagnóstico de certeza por este método.

En la mujer, el mismo no tiene valor real para la detección de la blenorragia, abundando los resultados falsamente negativos y aún los falsos positivos, por lo que sólo puede ser empleado cuando se lo asocia a otros más sensibles y selectivos.

CULTIVOS:

Los distintos medios preparados para el cultivo del gonococo tuvieron como dificultad común en todos ellos, las características sumamente exigentes del desarrollo del germen, fuera de su hábitat en el hombre. Otro elemento que altera la efectividad del método es el desarrollo de gérmenes recogidos conjuntamente en el material a examinar o que están contaminados a posteriori por el medio ambiente.

La obtención de un medio que combina el requerimiento para el máximo desarrollo del germen conjuntamente con inhibidores de las cepas contaminantes y de las variedades saprofitas de la Neisseria ha permitido la solución al problema planteado.

La técnica de cultivo de Thayer Martin implica la obtención de un medio de cultivo selectivo para el aislamiento de las cepas patógenas de Neisseria Gonorrea y Neisseria meningitidis. Las características de las colonias en el medio citado, la reacción de

las oxidasas y la fermentación de azúcares permite la resolución de aquellos casos especialmente complejos. La efectividad del método supera el 90%, según la mayoría de las estadísticas. Se hace necesario otorgar al mismo, las máximas posibilidades y por ello es de interés no descartar la existencia de la enfermedad, ante un cultivo negativo sin reiterarlo. Esto tiene particular importancia en la mujer, donde fallas en la obtención del material, o en la selección de los sitios donde el mismo se recoge pueden generar falsos negativos atribuidos incorrectamente a deficiencias en la sensibilidad del método. La forma aconsejable para realizar el cultivo en el medio de Tayer Martin una vez obtenida la muestra de la secreción uretral sería:

- 1- Desplazar en forma giratoria el hisopo describiendo una Z grande en la cápsula de Petri.
- 2- Cruzar inmediatamente con una asa de alambre estéril o con la punta del hisopo.
- 3- Colocar el cultivo en una atmósfera enriquecida con CO₂ durante 15 minutos.
- 4- Incubar lo antes posible a 35-36 grados C.

TEST DE ANTICUERPOS FLUORESCENTES

Consiste en la identificación de gonococos, que al unirse con anticuerpos antigonococo específicos marcados con fluoresceína resultan fácilmente detectables. El método, no reemplaza al cultivo en la detección del gonococo, pero tiene la ventaja de ser más rápido que aquel, lo que puede determinar su empleo en las campañas de catastro de la afección. No es adecuado su empleo en los controles de tratamiento de la blenorragia toda vez se muestra inhábil para discriminar entre or

ganismos viables y aquellos muertos por acción del tratamiento - pero no totalmente lisados, pudiendo generar así falsos resultados positivos. Accesoriamente, otras bacterias distintas al gonococo pueden aparecer, bajo la acción de los antibióticos, capaces de captar los anticuerpos marcados.

COMPLICACIONES METASTASICAS

ARTRITIS

CONJUNTIVITIS

UVEITIS

MENINGITIS

ENDOCARDITIS

MIOCARDITIS

PERICARDITIS

O B J E T I V O S

Los objetivos del presente trabajo son:

- 1- Analizar la eficacia del tratamiento de la uretritis gonococcica no complicada con la DOXICICLINA a dosis única.
- 2- Determinar la tolerancia del medicamento y sus efectos secundarios.
- 3- Considerar (en base de los resultados) a la DOXICICLINA como un recurso más, en el tratamiento de la uretritis gonococcica, así como su uso en aquellos casos en que la penicilina es ineficaz por resistencia de la bacteria a la misma, por alergia de la persona.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación se realizó en 25 pacientes que asistieron a consulta en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social con historia de secreción uretral purulenta, que no habían recibido ningún tratamiento previo y a los que se les confirmó el diagnóstico por medio de frotis y en algunas con cultivo demostrando la presencia de Neisseria Gonorreae. El promedio de edad fue 26.8 años y el sexo fue únicamente masculino. El criterio usado para la evaluación post tratamiento, fue el de:

- a) Interrogatorio sobre persistencia y/o reaparición de la secreción.
- b) Frotis post tratamiento.
- c) Efectos secundarios a la droga.

DOXICICLINA *

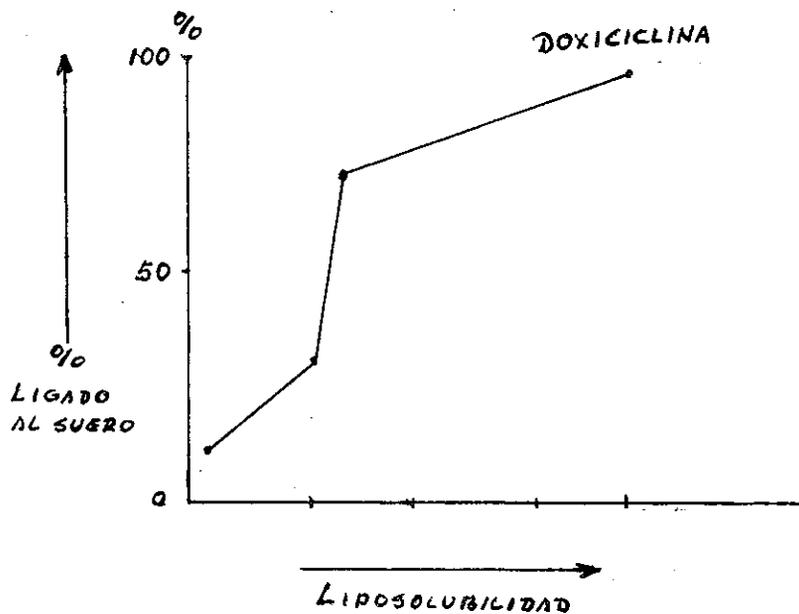
Alfa 6 - Deoxioxitetraciclina

CARACTERISTICAS:

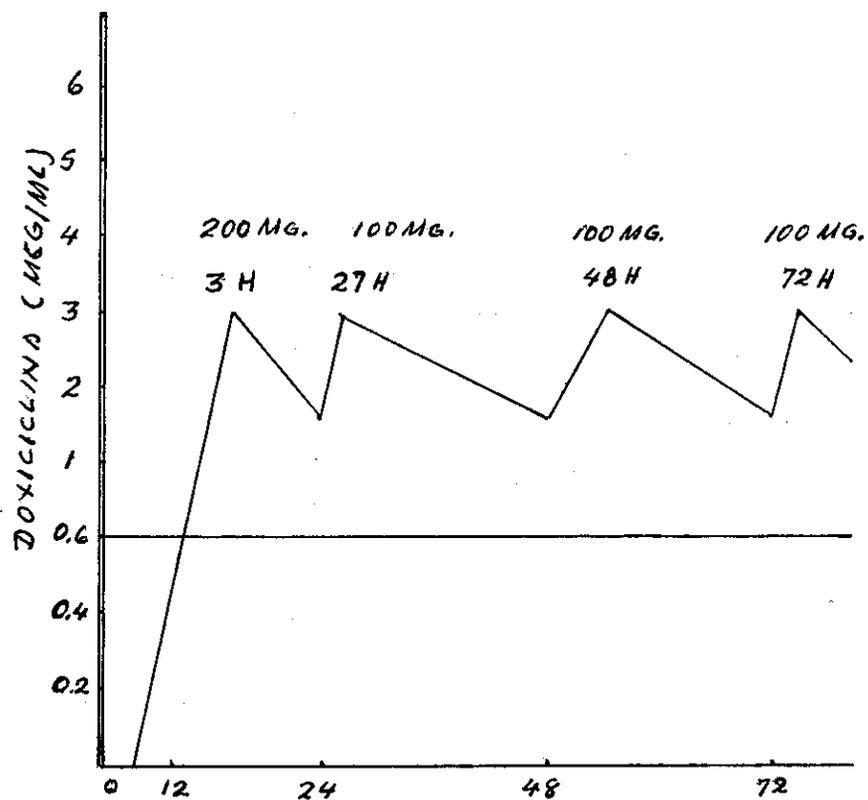
- 1) MAYOR LIPOSOLUBILIDAD
- 2) INTENSA PENETRACION TISULAR
- 3) ALTOS Y PROLONGADOS NIVELES SERICOS Y TISULARES
- 4) AMPLIO ESPECTRO
- 5) MENOR RESISTENCIA BACTERIANA
- 6) BUENA ABSORCION Y NO SE ALTERA ESTA PROPIEDAD CON LOS ALIMENTOS.

* Medicamento cedido finamente por la Casa PFIZER.

LIPOSOLUBILIDAD ÓPTIMA



CONCENTRACIONES DE DOXICICLINA



DIAGNOSTICO

HISTORIA CLINICA	100% DE LOS CASOS
EXUDADO URETRAL	100% DE LOS CASOS
FROTIS POSITIVO	100% DE LOS CASOS
CULTIVO POSITIVO	15.3% DE LOS CASOS

TRATAMIENTO DOXICICLINA

300 MG. EN UNA SOLA DOSIS Y

300 MG. 1 HORA DESPUES CON ALIMENTO.

ESQUEMA UTILIZADO EN: 100% DE LOS CASOS.

EVALUACION POSTERIOR

ASISTIERON..	61.53%
NO ASISTIERON	38.46%
FROTIS (POST-TRATAMIENTO)	
NEGATIVO.	34.6%
NO SE HIZO POR FALTA DE SECRESION	30.7%
NO SE HIZO POR NO PRESENTARSE . .	34.6%
CULTIVO (POST-TRATAMIENTO)	
NEGATIVO EN:.	19.2%

RESULTADO:

CURACION CLINICA COMPLETA..	91.50%
MEJORIA CLINICA: SIN DESAPARICION - COMPLETA DE SINTOMAS (SECRECION - TRANSPARENTE CON FROTIS NEGATIVO). MAREO, NAUSEA, VOMITOS.	8.5 %
	100%

CONCLUSIONES:

- 1) SE PRESENTA UN RECURSO MAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA, UTILIZANDO DOXICICLINA 300 MG. EN UNA SOLA DOSIS Y 300 MG. 1 HORA -- DESPUES CON ALIMENTO.
- 2) SE DESCRIBEN LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN 25-PACIENTES, AFILIADOS AL IGSS QUIENES FUERON -- TRATADOS EN CONSULTA EXTERNA.
- 3) SE DEMUESTRAN LOS RESULTADOS OBTENIDOS, SIENDO EFECTIVO EN 91.5% DE LOS CASOS Y HABIENDO ENCONTRADO COMO EFECTOS SECUNDARIOS A LA DROGA: NAUSEA, VOMITOS Y MAREOS EN EL 8.5%.

BIBLIOGRAFIA

CECIL-LOEB. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. ED. POR PAUL BEESON Y WALSH MC DERMONTT. VERSION ESPAÑOLA DE A. FOLCH Y PI. 11A. ED. MEXICO, ED. INTERAMERICANA, 1971.

ROBBINS, SL. TRATADO DE PATOLOGIA. VERSION ESPAÑOLA DE A. FOLCH Y PI Y H. VELA TREVIÑO. 2a. ED. MEXICO, ED. INTERAMERICANA, 1967.

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA XVII (453) 163-165, 1975
TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA AGUDA Y DE LA URETRITIS NO ESPECIFICA CON DOXICICLINA.

REVISTA MEDICA CHILE 103: 480, 1975 EXPERIENCIAS CLINICAS TRATAMIENTO DE LA GONORREA AGUDA NO COMPLICADA CON DOSIS UNICA DE DOXICICLINA EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS. DR. FERNANDO OYARZUN C.

TRATAMIENTO DE LA GONORREA. PENICILINAS O TETRACICLINAS. HANS. H. NEUMAN, MD, AND JANET M. BAECKER, MPHIL JAMA. THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION ENERO 24, 1972, VOL, 219, No. 4

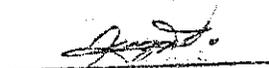
PUBLICADO REVISTA MEDICA DE COSTA RICA. JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE 1976. AÑO XLIII No. 456 TOMO XXXIII. -- PAG. 117-120

ENSAYO CLINICO PRELIMINAR CON SUSPENSION DE DOXICICLINA EN INFECCIONES PEDIATRICAS

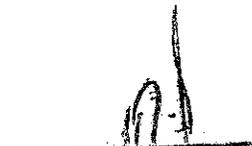
DIAGNOSTICO DE LA GONORREA. UNA REVISION PROGRAMADA PARA MEDICOS PREPARADO ESPECIALMENTE PARA LA LABORATORIOS PFIZER POR MEDICAL PROGRAMS INCORPORATED

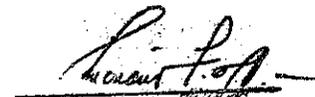
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, DI-
RECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD, ENFOQUE --
ACTUALIZADO SOBRE LAS ENFERMEDADES VENEREAS DR. -
Juan M. Funes. GUATEMALA, C.A.


E. S. T. A.


Funes.


Funes.


Director de Salud III.


Secretario General

W. B.


Duran