

Uretritis y cervicitis

Fecha de la última revisión: **28/12/2014**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuál es la clínica?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Uretritis y cervicitis recurrente o persistente](#)
6. [Seguimiento](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La **uretritis** es un síndrome caracterizado por la inflamación del epitelio columnar de la uretra, que puede cursar con secreción uretral mucoide, mucopurulenta o purulenta y/o disuria, prurito uretral o eritema del meato, aunque puede ser asintomática (25%). Es la enfermedad de transmisión sexual (ETS) más frecuente en el varón (es referida 3 veces más frecuentemente que en la mujer, sobre todo entre homosexuales jóvenes [European, 2012]). Habitualmente (aunque no siempre) es transmitida por contacto sexual.

La transmisión sexual es mediante inoculación directa por secreción de mucosa infectada (European, 2012):

- Genital-genital.
- Genital-anorrectal.
- Genital-oral-genital.
- Anal-oral-genital.
- Madre-hijo (oftalmía neonatal).

Se clasifica en uretritis gonocócica (UG) y uretritis no gonocócica (UNG), según se aísle o no *neisseria gonorrhoeae* (coco gramnegativo, generalmente asociado en diplococos), aunque también puede tener etiología no infecciosa.

La **cervicitis** es el equivalente femenino, y se caracteriza por la inflamación y secreción de la mucosa endocervical, aunque puede haber uretritis sin cervicitis.

Etiología: la infección puede deberse a:

- *Neisseria gonorrhoeae* (25%).
- *Chlamydia trachomatis*, serotipos D-K (15-55%).
- *Mycoplasma genitalium*, *ureaplasma urealyticum*, *mycoplasma hominis* (10-40%).
- Otros:
 - Trichomonas vaginalis (4%).
 - Herpes simplex, tipos 1 y 2 (2-3%).
 - Haemophilus.
 - Hongos (*candida albicans*).
 - Adenovirus (2-4%).
 - Enterobacterias (sobre todo en práctica de coito anal).
 - Flora orofaríngea (en práctica de sexo oral).
 - Causas no infecciosas: traumática, autoinmune, alérgica, etc.
 - Agente desconocido (hasta un 25%).

Son frecuentes las infecciones mixtas, sobre todo por *gonococo* y *chlamydia*.

¿Cuál es la clínica?

El período de incubación es de 2-8 días para UG y de 1-6 semanas (generalmente 2-3 semanas) para UNG (European, 2012).

En varones: es poco frecuente que la infección sea asintomática: 10% de varones con *gonococo* y hasta en el 50% con *chlamydia*.

- Secreción uretral (80%) mucoide, mucopurulenta o francamente purulenta, escasa o abundante (purulenta y abundante más frecuentemente en gonococia), que a veces es sólo evidente tras expresión uretral.
- Disuria (50%), polaquiuria, piuria.
- Irritación de la uretra distal y/o meato.
- Dolor irradiado a epidídimo.
- Tanto en varones como en mujeres pueden existir síntomas ano-rectales (dolor, tenesmo, secreción) en la práctica de coito anal, o síntomas faríngeos inespecíficos ante práctica de sexo oral (aunque más del 90% de afecciones faríngeas son asintomáticas). También puede afectar a la conjuntiva, dependiendo de las prácticas sexuales, o en recién nacidos de madres infectadas (oftalmía neonatal), y puede haber afectación de múltiples sitios de forma simultánea.

En mujeres: hasta el 80-90% de mujeres con infección por *chlamydia* y 50% por *gonococo* pueden estar asintomáticas.

- Flujo vaginal, 50% (frecuentemente coexisten cervicitis y vaginitis).
- Dolor abdominal hipogástrico (5-25%), que puede hacer sospechar enfermedad inflamatoria pélvica (EIP).
- Sangrado intermenstrual o postcoital (cérvix inflamado y friable -“en fresa”-, que puede sangrar al contacto).
- Secreción cervical purulenta o mucopurulenta (50%).
- Dispareunia “profunda”.
- Disuria (10-15%), con o sin polaquiuria (puede simular una cistitis). Una piuria con cultivo de orina negativo en una mujer sexualmente activa puede deberse a una uretritis.
- Proctitis.

Posibles complicaciones:

- En varones:
 - Epididimitis/orquioepididimitis.
 - Prostatitis.
 - Infertilidad.
- En mujeres:
 - EIP (salpingitis, endometritis). *Chlamydia* causa el 50% de los casos; un 10-20% de gonococias no tratadas pueden producir EIP. La enfermedad, tanto sintomática como asintomática, puede ser causa de estenosis tubárica, que puede desencadenar infertilidad o embarazo ectópico, sobre todo la asociada a *chlamydia*.
 - Perihepatitis, periapendicitis.
- En ambos:
 - Infección gonocócica diseminada (1-2% de gonococias no tratadas): fiebre, artritis, dermatitis, endocarditis, meningitis, etc.
 - Síndrome de Reiter: tríada de uretritis, artritis reactiva (inflamación estéril de membrana sinovial, fascia o tendón) y conjuntivitis o uveítis, con o sin lesiones cutáneo-mucosas. Se da con más frecuencia en sujetos con HLA B-27.

¿Cómo se diagnostica?

Se recomiendan pruebas diagnósticas para determinar la etiología específica ya que es importante prevenir complicaciones, la reinfección y la transmisión posterior. A pesar de ello, no hay ninguna prueba diagnóstica que ofrezca un 100% de sensibilidad y especificidad (European, 2012).

Diagnóstico de uretritis/cervicitis gonocócica

- **Tinción de Gram**, azul de metileno o violeta de genciana de la secreción, obtenida de la uretra en el varón o del canal endocervical en la mujer (las muestras recogidas de vagina no suelen ser adecuadas). La observación de diplococos Gram-negativos intraleucocitarios nos da el diagnóstico de presunción (sensibilidad >95% y especificidad >99% en varones; sensibilidad de 45-85% y especificidad de 90% en mujeres). No recomendado para identificación de infección faríngea por escasa sensibilidad y especificidad. La presencia media de 2 ó más leucocitos PMN/campo en inmersión (a 1.000x) en el frotis ó 10 ó más PMN en centrifugado de muestra de primera orina (tras un período sin micción de al menos 2-4 horas, sin limpieza genital previa), tras el examen de al menos 5 campos con una alta concentración de leucocitos, sugiere el diagnóstico de uretritis. Algunos autores dan el mismo valor a un resultado positivo para leucocitos en las tiras reactivas de orina de detección de esterasas leucocitarias (CDC, 2014); los casos positivos deben ser remitidos para cultivo.
- **Cultivo** de la secreción uretral o cervical, o de la primera orina. Incluir muestra faríngea y/o rectal, en los casos en que se considere oportuno por la historia sexual. Remitir las muestras antes de 24 horas. Permite la realización de antibiograma, por lo que es necesario en caso de recurrencia o fracaso terapéutico.
- **Enzimoinmunoanálisis** (EIA), puede realizarse en muestra de orina.
- **NAATs** (Técnicas de Amplificación de Ácidos Nucléicos): mayor sensibilidad que el cultivo, en todas las localizaciones, genitales y no genitales (CDC, 2014). Puede realizarse en muestras uretrales, cervicales, vaginales y de orina. **Actualmente es el método de elección**. Posee una alta sensibilidad (>96%), tanto en infecciones sintomáticas como asintomáticas.

Diagnóstico de uretritis/cervicitis por *chlamydia*. La infección asintomática es frecuente, tanto en hombres como en mujeres.

- **Cultivo**. La muestra debe incluir células epiteliales, ya que *chlamydia* es un parásito intracelular obligado; el pus no contiene gérmenes suficientes. En varones, introducir la torunda 1-2 cm en la uretra, previamente humedecida en agua estéril, para disminuir las molestias, rotar y extraer. En mujeres, es preferible la toma endocervical.
- **NAATs**: sensibilidad de 98-100%. Muestra de primera orina en varones o torunda vaginal en mujeres, que puede ser auto recogida (IUSTI/WHO, 2010). Actualmente es el método de elección. Están comercializados test que permiten la detección de *gonococo* y *chlamydia* en la misma muestra.
- **Métodos de detección de antígenos** (sensibilidad 70-90%, especificidad 96-100%): inmunofluorescencia directa, enzimoinmunoanálisis (EIA).

¿Cómo se trata?

Hasta un 40-50% de los casos tienen una etiología mixta, *chlamydia-gonococo*, por lo que, en general, se recomienda que el tratamiento empírico cubra ambos patógenos. El tratamiento debe ser iniciado lo más pronto posible tras el diagnóstico de sospecha, y después de la recogida de muestras adecuadas, si es posible, pero no es necesario esperar hasta la recepción de los resultados. En los pacientes sintomáticos se debe realizar tratamiento, incluso aunque la microscopia inicial no sea diagnóstica (IUSTI/WHO, 2010). Hasta un 25% de los casos de uretritis quedan sin una etiología clara, pese a los intentos diagnósticos.

Sin tratamiento los síntomas pueden remitir en un plazo de semanas o meses, aunque el sujeto, probablemente, siga siendo contagioso. En infecciones por *chlamydia* no tratadas se ha constatado la persistencia del germen al menos durante 15 meses.

La simple detección de *ureaplasma urealyticum* (tasas de colonización del 5-20%) o de *mycobacterium hominis* en pacientes asintomáticos no es indicación de tratamiento.

La resolución de los síntomas puede tardar hasta 1 semana tras la finalización del tratamiento.

1. Etiología gonocócica (haya o no sospecha de co-infección por *chlamydia*).

El tratamiento de la gonorrea es complicado, debido a la habilidad del gonococo para generar resistencia bacteriana. Dada la progresiva alta tasa de resistencias, actualmente se recomienda el uso de 2 antibióticos de acción sinérgica (CDC, 2014), efectivos en la posible co-infección por *chlamydia*, y/o el uso de dosis mayores de **ceftriaxona** y **azitromicina** (European, 2012).

Terapia recomendada: (para uretra, cérvix, recto y faringe)

A pesar de que CDC 2014 considera que no hay criterios clínicos para el uso de ceftriaxona a dosis mayores de 250 mg, la guía Europea 2012 recomienda dosis de ceftriaxona de 500 mg y de 2 g de azitromicina, tomados después de la comida, para minimizar los frecuentes efectos adversos gastrointestinales, sobre todo diarrea, que generalmente son leves y pasajeros.

- **Ceftriaxona*** 250 mg (CDC, 2014) - 500 mg (European, 2012) i.m. dosis única (A-1b).
- +
- **Azitromicina** 1 g (ó 2 g [European, 2012]) v.o. dosis única (preferido) ó **doxiciclina** 100 mg cada 12 horas durante 7 días.

La infección faríngea es más difícil de erradicar. European 2012 aconseja:

- **Ceftriaxona** 500 mg (ó 1 g, si elevada resistencia a cefalosporinas) + **Azitromicina** 2 g.

* Ceftriaxona es considerado en España antibiótico de diagnóstico hospitalario, pero se encuentra disponible en muchos servicios de urgencia de nuestros hospitales, o puede obtenerse a través de justificación y visado de inspección.

Terapia alternativa:

Si la ceftriaxona no está disponible, o hay rechazo al tratamiento i.m. (CDC, 2014):

- **Cefixima** 400 mg v.o. dosis única.
- +
- **Azitromicina** 1 g (ó 2 g [European, 2012]) v.o. dosis única ó **doxiciclina** 100 mg cada 12 horas durante 7 días (si intolerancia a azitromicina).

Otras (no en afectación faríngea):

- Cefpodoxima 400 mg v.o. dosis única (CDC, 2010) ó **cefuroxima** axetilo 1 g.
- +
- **Azitromicina** 1 g v.o. dosis única ó **doxiciclina** 100 mg cada 12 horas durante 7 días.

En alergia a betalactámicos:

En alergia a cefalosporinas, o cuando la reacción a penicilina fue grave (anafilaxia, síndrome de Stevens Johnson o necrólisis epidérmica tóxica) está contraindicado el uso de ceftriaxona y cefixima (CDC, 2014). En estos casos se aconseja:

- Espectinomicina 2 g i.m. dosis única (A-1b) + **azitromicina** 2 g v.o. dosis única (CDC, 2010).
- ó
- **Gentamicina** 240 mg i.m. dosis única + **azitromicina** 2 g v.o. dosis única (CDC, 2014).
- ó (si se ha confirmado la sensibilidad a quinolonas)
- **Ciprofloxacino** 500 mg u **ofloxacino** 400 mg, dosis única.

En embarazo y lactancia: las mismas pautas que en no embarazadas (CDC, 2014). Está contraindicado el uso de quinolonas, y de tetraciclinas en 2º y 3er trimestre de la gestación.

En VIH: las mismas pautas que en no VIH.

2. Etiología no gonocócica (tras haber descartado la etiología gonocócica).

Terapia recomendada (CDC, 2014):

- **Azitromicina** (A-Ia) 1 g por vía oral en una dosis única.
- ó
- **Doxiciclina** (A-Ia) 100 mg por vía oral cada 12 horas durante 7 días.

Terapia alternativa:

- **Eritromicina** 500 mg v.o. cada 6 horas durante 7 días.
- ó
- Eritromicina etilsuccinato 800 mg v.o. cada 6 horas durante 7 días.
- ó
- **Levofloxacino** 500 mg v.o. cada 24 horas durante 7 días u **ofloxacino** 300 mg v.o. cada 12 horas durante 7 días.

En caso de necesidad, los pacientes adolescentes mayores de 45 kg de peso pueden ser tratados con quinolonas, cuando estén indicadas, a las mismas dosis que los pacientes adultos.

En la afectación rectal se aconseja doxiciclina antes que azitromicina.

Tratamiento durante el embarazo y lactancia: azitromicina (varios estudios demuestran que es segura durante el embarazo, aunque se desaconseja en la lactancia). La doxiciclina y las quinolonas están contraindicadas.

Tratamiento de las parejas sexuales: un tercio de los varones y la mayoría de las mujeres cuyas parejas tienen chlamydias están infectados (la tasa de transmisión puede llegar al 75%). Deben ser examinados y tratados todos los contactos sexuales, incluso asintomáticos, de los 60 días previos al inicio de los síntomas, o del último contacto, si hace más de 60 días, o hasta 6 meses en el caso de las parejas de varones con UNG asintomáticos.

Una estrategia eficaz consiste en ofrecer tratamiento para la pareja sexual actual en el mismo momento del tratamiento del caso índice (aconsejado: cefixima 400 mg + azitromicina 1 g).

Uretritis y cervicitis recurrente o persistente

Se debe sospechar en:

- Pacientes que no han mejorado 3-5 días tras la finalización del tratamiento.
- Cultivo positivo a los 3 días o posterior, o NAAT a los 7 días o posterior al tratamiento.
- La simple presencia de síntomas, sin signos clínicos o hallazgos de laboratorio de inflamación uretral no es base suficiente para re-tratamiento.

En caso de procesos recurrentes o persistentes, deberemos indagar sobre:

- Incumplimiento terapéutico: volver a hacer el tratamiento en caso de que no se haya realizado correctamente.
- Tratamiento de la pareja sexual, en caso de que no se haya hecho.
- Re-exposición con una pareja sexual no tratada o con una nueva: repetir el tratamiento, y tratar a la pareja. La causa más frecuente de reaparición de los síntomas tras un tratamiento correcto es la reinfección, más que el fallo terapéutico.
- Si el paciente ha seguido el tratamiento prescrito inicialmente, y se puede descartar una re-exposición, sospecharemos causas infrecuentes de uretritis. Estudios recientes han demostrado que la causa más común de la persistencia o recurrencia de UNG es *mycoplasma genitalium* (30% [CDC, 2014]), sobre todo después de la terapia con doxiciclina (es más sensible a azitromicina, aunque esta sensibilidad también está disminuyendo). Varios estudios observacionales han demostrado que **moxifloxacino** es muy eficaz contra *mycoplasma genitalium*. Por lo tanto, los pacientes que no logran remisión con doxiciclina o azitromicina, deben ser tratados con moxifloxacino 400 mg por vía oral una vez al día durante 7-14 días (CDC, 2014). En las zonas donde *trichomonas vaginalis* es altamente prevalente, la clínica persistente o recurrente de uretritis debe tratarse con **metronidazol** (2 g en dosis única, ó 500 mg cada 12 horas, 7 días), o **tinidazol** (2 g en dosis única).
- Si el tratamiento inicial fue el alternativo, tratar con: **ceftriaxona** 250 mg + **azitromicina** 2 g (CDC, 2014).
- Se deben tener en cuenta las causas no infecciosas (alérgica, autoinmune, etc.).

Ante la persistencia de síntomas tras 2 ciclos de tratamiento antibiótico, el re-tratamiento de la pareja y la **eritromicina**, 500 mg cada 6 horas durante 3 semanas pueden ser de utilidad.

Por razones que no están claras, la cervicitis puede persistir a pesar de tratamientos repetidos con antibióticos. Parece que podrían estar involucrados otros factores (por ejemplo, anormalidad de la flora vaginal, duchas vaginales o la exposición a otros tipos de irritantes químicos, inflamación idiopática en la zona de ectopia).

Seguimiento

Es aconsejable descartar la coexistencia de otras ETS (VIH, lúes, hepatitis, etc.), sobre todo en pacientes de alto riesgo.

Actualmente se recomienda una prueba de curación en los casos de UG, en 1 semana, para garantizar la erradicación e identificar resistencias (European, 2012). Si se usan métodos de NAATS, no deben realizarse antes de 3 semanas del tratamiento, ya que pueden aparecer falsos positivos, por la persistencia de elementos de *chlamydia* no viables (no se diferencian los gérmenes vivos de los muertos).

El paciente, y sus contactos, deben abstenerse sexualmente al menos 7 días tras el tratamiento en monodosis o tras la finalización del tratamiento multidosis y la desaparición de los síntomas (CDC, 2014), o uso adecuado de preservativo, incluso para sexo oral o rectal.

Bibliografía

- Bignell C, Unemo M; European STI Guidelines Editorial Board. 2012 European guideline on the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. Int J STD AIDS. 2013;24(2):85-92. PubMed **PMID: 24400344**. **Texto completo**.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010. MMWR. 2010;59(RR12):1-110. **Texto completo**
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2014 [Internet] [acceso 9/1/2015]. Disponible en: **<http://www.cdc.gov/std/treatment/2014/2014-STD-Guidelines-peer-reviewers-08-20-2014.pdf>**
- Draft United Kingdom National Guideline for the Diagnosis and Treatment of Gonorrhoea in Adults 2010 v5. **www.bashh.org/**
- Lanjouw E, Ossewaarde JM, Sary A, Boag F, van der Meijden WI. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Int J STD AIDS. 2010;21(11):729-37. PubMed **PMID: 21187352**. **Texto completo**
- Shahmanesh M, Moi H, Lassau F, Janier M; IUSTI/WHO. 2009 European guideline on the management of male non-gonococcal urethritis. Int J STD AIDS. 2009;20(7):458-64. PubMed **PMID: 19541886**. **Texto completo**

Más en la red

- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases (STDs): **<http://www.cdc.gov/std/default.htm>**

Autores

- | | |
|------------------------------|---|
| ▪ Luis A. Salvador Herrero | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
Tutor de atención primaria de la UD de MFyC de Castellón
Tutor asociado de prácticas de Patología General de la UJI y del CEU de Castellón |
| ▪ Luisa F. Sidro Bou | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
Tutor de atención primaria de la UD de MFyC de Castellón
Responsable de docencia del Centro de Salud |
| ▪ Milagros Hortelano Perales | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ▪ Sonia Andreu Natividad | Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ▪ Ana M. Pérez Lorente | Diplomado Universitario en Enfermería (2) |

(1) Centro de Salud Vall d'Uixó I. Castellón.
(2) Servicio de Urgencias Hospital de La Plana. Castellón.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

