

Revisiones

Actualización en enfermedades venéreas

A. Montis Suau

Introducción histórica

A principios de siglo las enfermedades venéreas se clasificaban en sífilis, blenorragia, chancro blando y linfogranulomatosis inguinal benigna, recibiendo respectivamente los nombres de primera, segunda, tercera y cuarta enfermedad venérea en memoria de Venus, diosa del amor. Era notable la prevalencia de la sífilis y blenorragia. No se disponía de un tratamiento satisfactorio y la sífilis terciaria era temible por sus graves lesiones en el sistema nervioso y aorta. Con esta perspectiva el miedo a contraer una enfermedad venérea era una realidad¹.

La penicilina se mostró altamente eficaz frente al treponema pallidum y frente a la neisseria gonorrhoeae, a partir de la introducción de tal fármaco la incidencia y prevalencia de tales dolencias comenzó a decrecer, e incluso se llegó a pensar en una posible desaparición de tales infecciones. La pérdida del miedo a contraer una enfermedad venérea, el cambio de la actitud frente al sexo, las pastillas anticonceptivas, la escalada de la pornografía, el turismo masivo, el declive de la moralidad pública, etc., etc., han conllevado un resurgir de tales infecciones.

La posible transmisión sexual del virus. H.T.L.V III., promotor principal del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (S.I.D.A.) y la aparición de gonococos productores de β -lactamasa representan dos serios hechos epidemiológicos^{2,3}.

Académico electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca

Algunos grupos de virus papova causantes de las verrugas genitales pueden dar lugar a alteraciones citológicas de carácter neoplásico (neoplasia cervical intraepitelial)⁴, que podrían progresar a carcinoma invasivo de cérvix. El hecho de que determinados virus papova actúen como oncógenos y se puedan transmitir sexualmente, ha hecho que algunos autores hayan utilizado el preocupante término de cáncer de transmisión sexual.

E.T.S. Historia:

- Enfer. venéreas
- Penicilina
- Cambio de la actitud frente al sexo
- Resistencia a los antibióticos
- Nuevas E.T.S.
- Cáncer y E.T.S.

Concepto de E.T.S.

Con la finalidad de poder estudiar y tratar mejor a tales pacientes se vio la conveniencia de trabajar en equipos compuestos por dermatovenerólogo, microbiólogo, urólogo, ginecólogo y psiquiatra o psicólogo. Estos cinco especialistas con personal subalterno formarían un centro de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.). Ya no se habla de enfermedades venéreas, sino de E.T.S., y de medicina genitourinaria en vez de venereología.

E. venéreas → E. transmisión sexual (E.T.S.)

Venerología → Medicina genitourinaria

E.T.S. Incidencia

El capítulo de E.T.S. es más amplio, abarcando las siguientes infecciones por orden de frecuencia^{5,6}.

E.T.S. incidencia:

- Uretritis no específica
- Uretritis gonocócica
- Papilomas genitales
- Candidiasis
- Herpes simple
- Pediculosis púbica
- Sífilis
- Sarna

- Tricomoniasis
- Molluscum contagiosum
- Chancroide = chancro blando

Se ha demostrado que algunas enfermedades, como la hepatitis B, pueden ser transmitidas sexualmente.⁷

No todas las E.T.S. son forzosamente de transmisión sexual, hay otros posibles mecanismos de contagio.



Fig. 1
Las verrugas genitales no son siempre forzosamente de transmisión sexual.

Laboratorio

En los centros de E.T.S., es corriente la investigación bacteriológica de uretra, cérvix, recto y faringe, encontrándose con frecuencia colonización bacteriana en varios lugares en el mismo paciente.

Con los cultivos en medio de Thayer-Martin se han detectado varones asintomáticos portadores de gonococos. La investigación de anticuerpos frente al virus del herpes hominis tipo II, permite, determinando sucesivos títulos, distinguir entre primoinfección y reinfección herpética.

Ante cualquier úlcera genital es obligado investigar *Treponema pallidum* dada la existencia de chancros sífilíticos clínicamente atípicos.

Rutinariamente se practica serología luética. Todavía se carece de una prueba específica cien por cien para el diagnóstico de la sífilis. Pueden fallar desde la reacción de Wasserman al F.T.A. - A.B.S.⁸

E.T.S. laboratorio

- Frotis uretral sin haber orinado
- Muestras de varios puntos (uretra, cérvix, faringe; recto)
- Siempre serología reagínica
- F.T.A.- A.B.S. falla también
- Úlceras, campo oscuro

Pronóstico

En el inicio de la era penicilínica, etapa triunfalista, los expertos decían: enfermedades venéreas diagnosticadas precozmente = tratamiento precoz = enfermedades poco graves. La posible adquisición de la hepatitis B y el S.I.D.A. hace que el pronóstico de la aventura sexual sea reservado.

E.T.S. pronóstico

- Diagnóstico precoz = tratamiento precoz = enfermedades poco graves
- S.I.D.A.
- ¿Cáncer de transmisión sexual?

Tratamiento

Cabe subrayar los siguientes puntos:

- Uretritis no específica: más del 50 por cien son producidas por clamydias, seguidas de *Mycoplasma hominis*. Responden a las tetraciclinas.⁹ Se aconsejan dosis de 1,5-2 gr. día de clorhidrato de tetraciclina durante 15 días. El clorhidrato de tetraciclina debe tomarse 1 hora antes de las comidas o dos horas después con bacilo láctico para favorecer la tolerancia digestiva. Si se mezcla con alimentos pierde actividad.

La minociclina doxiciclina, ledermicina y otras tetraciclinas son igualmente eficaces a dosis equivalentes. Incluso algunas uretritis no específicas clamydial negativa responden a la tetraciclina¹⁰.

Es fundamental explicar al paciente afecto de uretritis no específica la posibilidad de no respuesta a la tetraciclina para prevenir neurosis y tratamientos múltiples. Hay que reasegurarse sobre la benignidad de tal proceso.

- Uretritis gonocócica: el tratamiento de elección es la amoxicilina 3,5 gr.

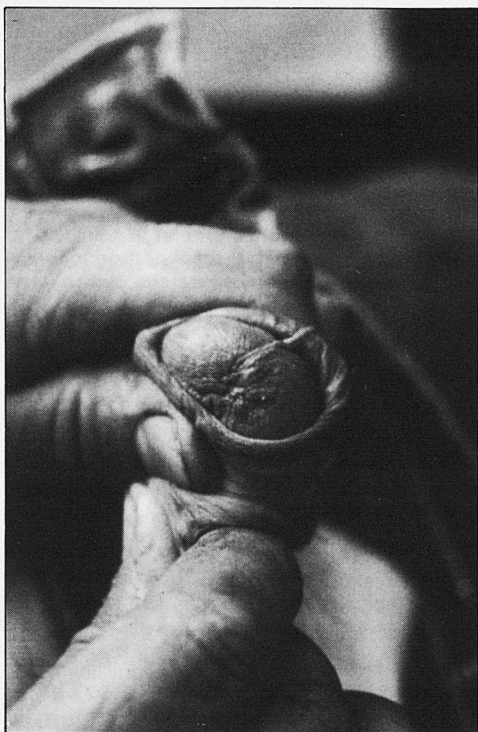


Fig. 2
 Con frecuencia la exploración del paciente con uretritis no específica es normal. Muchas veces el enfermo está desolado por persistir los síntomas después de varios tratamientos.

más 1 gr. de probenecid, por vía oral, es lo que se llama cura minuto, que tiene la finalidad de cortar con rapidez la cadena epidemiológica ¹¹.

Para gonococos productores de penicilinas espectinomycin 2 gramos i.m. Para cepas poco sensibles a la espectinomycin, cefotaxina 1 gr. i.m. ¹² En las hembras y homosexuales debe administrarse doble dosis minuto.

Dada la alta frecuencia de asociación de varias enfermedades de transmisión sexual y en concreto la uretritis gonocócica con uretritis no específica algunos expertos aconsejan añadir un ciclo de tetraciclina al tratamiento de la blenorragia con amoxicilina-probenecid ¹³.

– Verrugas anogenitales: ha disminui-

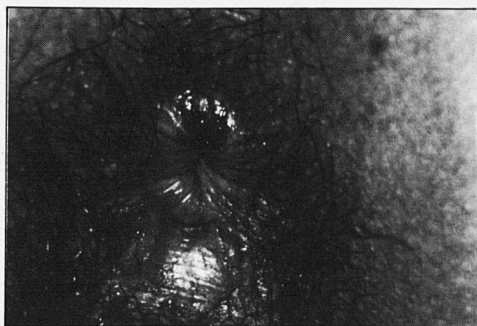


Fig. 3
 El chancro sifilítico no duele y cura espontáneamente: en zonas ocultas puede pasar desapercibido; luego vendrá el secundarismo.

do su sensibilidad frente al podofilino. Algunos autores refieren fracasos del 78 % a los 3 meses de tratamiento. Por tal motivo se ha de recurrir con frecuencia a procedimientos quirúrgicos ¹⁴.

– Herpes simple recidivante genital: carecemos de tratamiento efectivo capaz de erradicar el virus del ganglio raquídeo.

El acyclovir puede salvar la vida de un paciente afecto de encefalitis herpética o de eczema herpeticum ¹⁵. La amenaza de una aparición de cepas resistentes al acyclovir ha hecho que algunos expertos aconsejen reservar el acyclovir para infecciones graves por el virus del herpes.



Fig. 4
 Los brotes repetidos de herpes genital, el pico-dolor, la interferencia con la vida sexual, etc. hacen que algunos pacientes desarrollen la neurosis del herpes.

– Sífilis: se han publicado sífilis neuro-lógicas en pacientes tratados por sífilis primaria con dosis correctas de penicilina benzatina. Se sugiere utilizar penicilina procaína 600.000 x 24 H., durante 10 días para tratar pacientes afectados de sífilis precoz. Tal penicilina difunde con mayor facilidad al líquido cefalorraquídeo, lográndose concentraciones treponemicidas.¹⁶

Bibliografía

1. J. Gay Prieto y T. Guthe. Enfermedades venéreas y treponematoses. Ed. Científico Médica 1969.
2. Copper D.A. Gold J. Maclean P et al. Acute AIDS retrovirus infection: Definition of a clinical illness associated with seroconversion. LANCET 1985; i:537-40.
3. Ashton W.A. Golash RG, Hemming Vg. Penicillinase producing *Neisseria gonorrhoeae*-Lancet 1976; ii; 657-8.
4. Heather Lyttle. Platts W.M. Maclean AB. Pilot study of cervical cytology screening in a sexually transmitted diseases clinic. Genito urin Med. 1985; 61: 330-334.
5. Belsey EM. Adler MW. Study of STD clinic attenders in England and Wales. 1978. Br. J. Vener Dis 1981. 57: 290-4.
6. Perea E.J. and col. Three year's experience of sexually transmitted diseases in Seville. Spain. Br. J. Vener Dis. 1981; 57: 174-7.
7. Inoba N. Ohkawa R. Matsura A. Kudoh J. and Takamizawa H. Sexual transmission of

hepatitis B surface antigen. Br. J. Vener Dis. 1979, 55, 366-68.

8. Gibowskim and Neumann E. Non-specific positive test results to syphilis in dermatological diseases. Br. J. Vener Bus. 1980, 56, 17-19.
9. Bowie WR. Yu J. Fawcett A. and Jones H. Tetracycline in mongonococcal urethritis. Br. J. Vener Dis. 1980; 56, 332-6.
10. Munday PE. Thomas B.J. et al. Clinical and microbiological study of non-gonococcal urethritis with particular reference to non chlamydial disease. Br. J. Vener Dis. 1981, 57, 327-33.
11. Willcox, R.R. Woodcok K.R. Catto D et al. Treatment of gonorrhoea with single oral doses of ampicillin plus probenecid. Br. J. Ven. Dis. 1973, 49, 263-267.
12. Anonymus -Spectinomycin- resistant *B. lactamase* producing *Neisseria gonorrhoeae*. Communicable disease report CDR. 83/37. Public Health Laboratory Service. 1982.
13. Ridgway GL. and Oriel JD-Advantages of adding a course of tetracycline to single dose ampicillin and probenecid in the treatment of gonorrhoea. Br. J. Vener Dis 1984; 60, 235-7.
14. Simmons PD. A comparative double-blind study of 10 % and 25 % podophyllin in the treatment of anogenital warts. Br. J. Vener Dis. 1981; 57: 208-9.
15. Robinson GE et al. Treatment with acyclovir of genital herpes simplex virus infection complicated by eczema herpeticum. Br. J. Vener Dis. 1984; 60: 241-2.
16. Dunlop E. Survival of treponemes after treatment: Comments, clinical conclusions, and recommendations. Genitourin Med. 1985: 61: 293-301.