

Gonococia genital femenina

INTRODUCCIÓN

La gonococia es una enfermedad de transmisión sexual producida por *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gramnegativo, patógeno del epitelio cilíndrico y transicional. El ser humano es el único huésped natural. En la mujer es mucho más frecuente en jóvenes, con muchos compañeros sexuales, solteras, de nivel socioeconómico bajo y prostitutas. El elevado incremento de las relaciones sexuales en las adolescentes en los últimos años duplicó su frecuencia. La importancia de la gonococia genital femenina se debe a su elevada incidencia, la gran proporción de formas oligosintomáticas, las graves secuelas que ocasiona, la existencia de cepas resistentes a los antibióticos y su elevada contagiosidad. Se transmite más eficazmente de varón a mujer que de mujer a varón. Se estima que entre el 40-60% de las gonococias genitales femeninas se producen tras un solo coito sin protección con un varón infectado, y la gonococia orofaríngea en el 20% de las mujeres que practican sexo oral con una persona infectada. La gonococia genital aumenta el riesgo individual de adquirir y de transmitir el virus del sida¹.

CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista práctico, se pueden considerar 5 formas de gonococia femenina diferentes: portadora asintomática, gonorrea localizada, enfermedad inflamatoria pelviana, infección diseminada y gonococia en el embarazo.

Portadora asintomática

Aunque existen formas asintomáticas, probablemente son menos de las que se pensaba, ya que si se realiza una anamnesis cuidadosa, la mayoría de ellas son formas localizadas con sintomatología transitoria, atribuida arbitrariamente a otras etiologías. Constituyen la principal fuente de nuevas infecciones.

Gonorrea localizada

La mayoría de las infecciones gonocócicas se localizan en el lugar de la infección primaria. Las más frecuentes son el endocérvix, la uretra y las glándulas de Bartholino. Las localizaciones en el recto y la faringe son más raras y la gonococia conjuntival en adultos es muy poco frecuente. La cervicitis se manifiesta clínicamente con leucorrea y exudado mucopurulento que sangra al mínimo contacto; la uretritis con polaquiuria y disuria, que habitualmente es abacteriúrica y piúrica; y la bartholinitis mediante flemón o absceso casi siempre unilateral. La sintomatología generalmente es leve y transitoria, por lo que si no son tratadas se convierten en portadoras asintomáticas, se curan o evolucionan a formas clínicas más graves.

Enfermedad inflamatoria pelviana

Se estima que el 15-20% de las gonococias progresan a enfermedad inflamatoria pelviana. La extensión a lugares más altos del aparato genital suele coincidir con la menstruación, debido a que durante estos días la pérdida de las barreras mucosas, la posibilidad de menstruación retrógrada y la menor actividad enzimática del moco cervical facilitan la progresión. Suele manifestarse con leucorrea, dolor pélvico, fiebre y hemorragia anormal. La salpingitis puede producir obstrucción tubárica con infertilidad y elevar el riesgo de embarazo ectópico. El tratamiento antibiótico precoz puede prevenir la infertilidad en la mayor parte de los casos.

Gonococia diseminada

Es poco frecuente. Se debe a la diseminación hematogena del gonococo. Dos terceras partes ocurren en mujeres. Coincide con gonococia asintomática durante el embarazo, el posparto o los 7 días siguientes al inicio de la regla. Los síntomas fundamentales son dolores articulares por poliartritis y tenosinovitis, fiebre, manifestaciones cutáneas en forma de pápulas y pústulas y, muy raramente, endocarditis o meningitis.

104 Gonococia durante el embarazo

La prevalencia durante el embarazo refleja el estado de riesgo de la población. Entre el 2-7% de las embarazadas pertenecientes a grupos de riesgo se infectan. La mayoría de ellas cursan de forma asintomática. El proceso está relacionado con mayor incidencia de aborto espontáneo séptico, corioamnionitis, rotura prematura de membranas, parto pretérmino e infección posparto². El recién nacido puede infectarse durante el parto, y la oftalmía gonocócica es la manifestación más frecuente.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de sospecha se establece en función de los datos clínicos y se confirma mediante estudios de laboratorio. Sin embargo, el hecho de que un número importante de casos cursen de forma oligosintomática obliga a investigarla en todas las mujeres de riesgo.

Para el estudio del gonococo pueden obtenerse muestras de endocérvix, fondo vaginal, uretra (realizando expresión de la misma contra el pubis), recto y faringe. En ningún caso podrá ser omitida la muestra endocervical, incluso ante la sospecha de gonococia diseminada. Se deben procesar las muestras inmediatamente, porque el gonococo no tolera la desecación.

Aunque la tinción de Gram tiene una elevada especificidad (90%), su baja sensibilidad en la mujer (50-60%) obliga a la práctica del cultivo en todos los casos. Sembrada la muestra en el medio de cultivo apropiado (Thayer-Martin u otros medios de cultivo selectivos para gonococos), deberá ser colocada en una cámara con 70% de humedad y un 3-10% de CO₂ para permitir el crecimiento del gonococo. La sensibilidad de un solo cultivo endocervical es de un 80-90%, que se puede incrementar con la práctica de un segundo cultivo endocervical y con el resultado de las otras muestras. En la medida de lo posible, se realizarán pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos.

Las pruebas de detección antigénica o genómica nunca deben sustituir al cultivo, porque sólo éste permite hacer estudios de sensibilidad y de caracterización fenotípica o genotípica según el caso.

Se deberían obtener también muestras para la detección de *Chlamydia trachomatis* o proceder a su tratamiento empírico.

La escasa sintomatología y las graves consecuencias perinatales obligan a investigar la enfermedad en todas las embarazadas pertenecientes a grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual².

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La sintomatología de la gonococia genital femenina es similar a la de otras infecciones, especialmente la producida por *C. trachomatis*, con la que coexiste frecuentemente. Dada la frecuencia con que se asocian otras enfermedades de transmisión sexual, es imprescindible realizar cribado de éstas de forma sistemática en estas pacientes.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la gonococia genital femenina viene condicionado por la capacidad de *N. gonorrhoeae* para desarrollar resistencias a los antimicrobianos, tanto cromosómicas como mediadas por plásmidos^{1,3-7}. Mediante resistencias cromosómicas, disminuye la permeabilidad de la membrana para las penicilinas, cefalosporinas, fluoroquinolonas y otros antibióticos, o altera el ribosoma haciendo al gonococo resistente a la espectinomicina, o las proteínas a las que se unen las penicilinas, o modifican las topoisomerasas II y IV, que regulan el trenzado de las cadenas de nucleótidos y el enrollamiento de la doble hélice de ADN sobre sí misma, a las que se unen las fluoroquinolonas. La producción de betalactamasas y la resistencia a las tetraciclinas están mediadas por plásmidos.

Hoy día, se considera que el tratamiento de primera línea son las cefalosporinas de amplio espectro ceftriaxona y cefixima, y las fluoroquinolonas ciprofloxacino, ofloxacino y levofloxacino. Todas ellas tienen una buena tolerancia, un precio razonable y son eficaces administradas en dosis única^{8,9}. Los esquemas terapéuticos se indican en la tabla 1⁹. Nunca deben usarse dosis menores que las recomendadas.

La cefixima tiene un espectro antimicrobiano similar al de la ceftriaxona¹⁰, aunque la dosis de 400

mg vía oral no tiene un valor bactericida tan alto y prolongado como la ceftriaxona 125 mg vía intramuscular. La ventaja es que puede ser administrada por vía oral. Es igualmente eficaz y segura en el embarazo¹¹. Estas cefalosporinas se consideran tan eficaces, que en el caso de que reaparezcan los síntomas no debemos pensar en un fallo del tratamiento, sino en una reinfección o en otro proceso diferente. La ceftriaxona puede producir dolor en el lugar de la punción, lo que se solventa mediante la asociación de lidocaína en los preparados comerciales.

Las fluoroquinolonas, a las dosis referidas en la tabla 1, son efectivas y seguras contra la gonococia, excepto en aquellas áreas en donde la prevalencia de cepas resistentes a las fluoroquinolonas es elevada. Se administran por vía oral. Están contraindicadas durante el embarazo.

La gonococia faríngea se trata con ceftriaxona o ciprofloxacino, según la pauta de la gonococia genital.

Las personas que no toleran las cefalosporinas o las quinolonas se deben tratar con espectinomicina. Debe ser administrada por vía intramuscular, y es menos eficaz contra la infección faríngea.

La oftalmía gonocócica se trata con ceftriaxona.

Se debe realizar tratamiento simultáneo para la infección por *C. trachomatis*. Algunos autores sostienen que en áreas de baja prevalencia de coinfección sería más adecuado realizar pruebas de detección para *C. trachomatis* y administrar tratamiento sólo si son positivas. La azitromicina y la doxiciclina tienen una eficacia similar¹². La doxiciclina es más

barata pero la azitromicina tiene la ventaja de que se administra en dosis única. Durante el embarazo están contraindicadas las tetraciclinas y se desconoce si la azitromicina es segura, por lo que se debe administrar eritromicina o amoxicilina. El estolato de eritromicina está contraindicado en el embarazo por su hepatotoxicidad.

Siempre deberán ser investigados todos los contactos y tratados con alguno de los regímenes recomendados.

En España se han publicado varias series que muestran el desarrollo de resistencias a los antimicrobianos¹³⁻²⁰. Aunque la resistencia a las fluoroquinolonas no es todavía importante, el porcentaje de cepas de *N. gonorrhoeae* con susceptibilidad disminuida al ciprofloxacino es del 6,5%, con tendencia al aumento, similar a lo que ha ocurrido en otros países antes de la aparición de cepas resistentes^{18,21}. Sin embargo, no es necesario por el momento prescindir del uso de quinolonas en el tratamiento de la gonococia. En caso de tratar a una paciente con gonorrea que epidemiológicamente está relacionada con el Sudeste Asiático o con cualquier situación que nos haga sospechar la presencia de resistencia a las quinolonas, se usará ceftriaxona o cefixima. Siempre se debe realizar cultivo^{20,21}. En caso de fracaso terapéutico, las pruebas de sensibilidad deben ser obligadas. En España, la ceftriaxona precisa visado de inspección médica, por lo que muchos médicos tienden a utilizar otros fármacos.

La enfermedad inflamatoria pélvica, se considera

Tabla 1 Tratamiento de la gonococia genital no complicada

	<i>Tratamiento de elección</i>	<i>Pauta alternativa</i>
Gonococia genital no complicada y contactos	Ceftriaxona 125 mg i.m. dosis única, o cefixima 400 mg v.o., dosis única, o ciprofloxacino 500 mg v.o., dosis única, u ofloxacino 400 mg v.o., dosis única, o levofloxacino 250 mg v.o., dosis única más doxiciclina 100 mg v.o., cada 12 h, 7 días o azitromicina 1 g v.o., dosis única	Espectinomicina 2 g i.m., dosis única, o dosis única de otras cefalosporinas (ceftizoxima 500 mg i.m., o cefotaxima 500 mg i.m., o cefoxitina 2 g i.m. más probenecid 1 g v.o.), dosis única de otras quinolonas (gatifloxacino 400 mg v.o., o norfloxacino 800 mg v.o., o lomefloxacino 400 mg v.o.) más doxiciclina 100 mg v.o. cada 12 h, 7 días o azitromicina 1 g v.o., dosis única
Embarazo	Ceftriaxona 125 mg i.m., dosis única, o cefixima 400 mg v.o., dosis única, más eritromicina base, 500 mg v.o., cada 6 h, 7 días, o amoxicilina 500 mg v.o., cada 8 h, 7 días	Espectinomicina 2 g i.m. dosis única más eritromicina base, 500 mg v.o. cada 6 h, 7 días, o amoxicilina 500 mg v.o. cada 8 h, 7 días

Tomada de Centers for Disease Control and Prevention⁹.
i.m.: intramuscular; v.o.: vía oral.

106 en otro protocolo.

La gonococia diseminada, aunque sale del ámbito de este protocolo, requiere hospitalización inicial y el fármaco de elección es la ceftriaxona, aunque también son eficaces otras cefalosporinas y las fluoroquinolonas.

SEGUIMIENTO

Las pacientes con gonococia no complicada, tratadas con los regímenes recomendados, no necesitan realizar pruebas para confirmar la curación. Cuando las pacientes no mejoran o reaparecen los síntomas se debe realizar un nuevo cultivo con antibiograma^{8,9,21}. La persistencia de los síntomas también puede deberse a *C. trachomatis* o a otros gérmenes patógenos. Las infecciones identificadas después del tratamiento con los regímenes recomendados habitualmente se deben a reinfección más que a fracaso de tratamiento.

RECOMENDACIONES

– La gonococia se debe investigar en todas las pacientes de riesgo de enfermedades de transmisión sexual, incluidas las embarazadas.

– El diagnóstico se deberá confirmar mediante cultivo.

– Todos los contactos deben ser tratados.

– Es imprescindible investigar la presencia simultánea de otras enfermedades de transmisión sexual.

– La frecuente asociación y el difícil diagnóstico de la infección por *C. trachomatis* obliga a tratarlas simultáneamente.

– El diagnóstico y el tratamiento tardíos conlleva secuelas graves.

– Los preservativos masculinos de látex, correctamente utilizados, reducen el riesgo de gonococia y otras enfermedades de transmisión sexual.

– En España es una enfermedad de declaración obligatoria.

BIBLIOGRAFÍA

- Ram S, Rice PA. Gonococcal infections. En: Braunwald EB, Fauci AS, et al, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill, 2001; p. 931-7.
- Cunnighan FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrica, 21.ª ed. Madrid: Panamericana, 2002.
- Boslego JW, Tramont EC, Takafuji ET, et al. Effect of spectinomycin use on the prevalence of spectinomycin-resistant and of penicillinase-producing *Neisseria gonorrhoeae*. N Engl J Med 1987;317:272-8.
- Cates W, Hinman AR. Sexually transmitted diseases in the 1990s. N Engl J Med 1991;325:1368-70.
- Hook EW III, Holmes KK. Gonococcal infections. Ann Intern Med 1985;102:229-43.
- Judson FN. Management of antibiotic resistant *Neisseria gonorrhoeae*. Ann Intern Med 1989;110:5-7.
- Le Saux N, Ronald AR. Role of ceftriaxone in sexually transmitted diseases. Rev Infect Dis 1989;11:299-309.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 1998. MMWR 1998;47: 59-69.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR 2002;51 (RR06);1-80.
- Handsfield HH, McCormack WM, Hook EW, et al. A comparison of single-dose cefixime with ceftriaxone as treatment for uncomplicated gonorrhea. N Engl J Med 1991;325:1337-41.
- Ramus RM, Sheffield JS, Mayfield JA, Wendel GD. A randomized trial that compared oral cefixime and intramuscular ceftriaxone for treatment of gonorrhea in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2001;185:529-32.
- Torpe EM, Stamm WE, Hook EW, et al. Chlamydial cervicitis and urethritis: single dose treatment compared with doxycycline for seven days in community-based practices. Genitourin Med 1996;72:93-7.
- Baró T, García J, Vázquez JA, et al. Estudio de la sensibilidad antimicrobiana, auxotipia, serotipia y análisis plasmidico de 75 cepas de *Neisseria gonorrhoeae* aisladas en Barcelona. Med Clin (Barc) 1989;92:765-8.
- Roy C. La Resistencia de *Neisseria gonorrhoeae* a los antibióticos. Med Clin (Barc) 1986;87:456-8.
- Maestre JR, Almagro M, Egido J, et al. Incidencia de cepas de *Neisseria gonorrhoeae* productoras de penicilinas en Ferrol. Distribución por serogrupos. Enferm Infecc Microbiol Clin 1989;7:514-5.
- Perea EJ, García-López JL, Martín R, et al. Sensibilidad a antimicrobianos de 402 cepas de *Neisseria gonorrhoeae* aisladas en 7 ciudades de España. Enferm Infecc Microbiol Clin 1991;9:619-23.
- Nebreda T, Merino FJ, Campos A, Vázquez M. Variación de la incidencia y sensibilidad antibiótica de *Neisseria gonorrhoeae* en un período de 7 años. Enferm Infecc Microbiol Clin 1996;14:441-3.
- Berron S, Vázquez JA, Jiménez MJ, et al. In vitro susceptibilities of 400 spanish isolates of *Neisseria gonorrhoeae* to gem-

- mifloxacin and 11 other antimicrobial agents. *Antimicrobial Agents Chemoter* 2000;44:2543-4.
19. Otero L, Alcalá B, Varela JA, et al. First isolate of a *Neisseria gonorrhoeae* strain associated with an ofloxacin treatment failure in Spain. *Sex Trams Dis* 2001;28:576-8.
 20. Alonso-Sanz M, Abad M. Infección por *Neisseria gonorrhoeae* en un área de Madrid: 1997-1999. *Aten Primaria* 2001;27:368-9.
 21. Otero L, Villar H, Vázquez JA, Vázquez F. *Neisseria gonorrhoeae* resistente a las quinolonas: un nuevo problema de salud pública en España. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:123-6.

Los Protocolos Asistenciales en Ginecología y

Obstetricia y los Protocolos de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estos protocolos no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.