
PRESENTACION DE CASO

Uretritis meningocócica masculina

SANTIAGO ESTRADA, LOURDES BENITEZ,
EDILMA JARAMILLO, FEDERICO DIAZ

Se presenta el caso de un hombre de 39 años que tuvo uretritis ocho días después de relación orogenital (*felatio*) con una prostituta; de la secreción uretral se aisló *Neisseria meningitidis*, clasificada como del grupo B; la cepa no producía β lactamasa. El paciente fue tratado con ciprofloxacina y respondió satisfactoriamente; los controles ocho días después de terminar el tratamiento fueron negativos para *Neisseria*. La inmunofluorescencia para *C. trachomatis* fue negativa. Se hace una discusión del significado de la *N. meningitidis* en infecciones genitales.

PALABRAS CLAVE

URETRITIS MASCULINA
NEISSERIA MENINGITIDIS

Motivo de consulta y enfermedad actual

Ocho días después de tener una relación orogenital (*felatio*) con una prostituta notó aparición de secreción uretral "turbia", de predominio matinal y al iniciar la primera micción; no ha sentido disuria pero sí prurito "interno". No ha tenido recientemente relaciones sexuales diferentes a la descrita.

Antecedentes personales

Sufre hipertensión arterial leve, fue apendicectomizado, sufrió múltiples fracturas en accidente, incluyendo una de cráneo, hace algunos años; fuma de medio a un paquete de cigarrillos al día desde hace 15 años e ingiere licor una vez a la semana hasta la embriaguez total. Tuvo blenorragia 15 años atrás.

Antecedentes familiares: sin importancia,

Revisión por sistemas: normal

Examen físico

Buenas condiciones generales, tranquilo, colaborador, pulso 80 por minuto, PA 130/90, frecuencia respiratoria 18 por minuto.

Cabeza, cuello, cardiopulmonar, abdomen, genitales, piel y anexos y examen neurológico: normales.

PRESENTACION DEL CASO

Hombre blanco de 39 años de edad, profesional, casado, remitido a un laboratorio clínico privado para aclarar la etiología de un cuadro de uretritis.

DOCTOR SANTIAGO ESTRADA Y LICENCIADAS LOURDES BENITEZ y EDILMA JARAMILLO del Laboratorio Departamental de Salud Pública, Servicio Seccional de Salud de Antioquia.
DOCTOR FEDERICO DIAZ, Profesor Honorario de la Universidad de Antioquia y Director de IATREIA, Medellín, Colombia.

Con el diagnóstico presuntivo de uretritis se hizo estudio del sedimento de la primera porción de orina matinal; el examen en fresco fue negativo para *Trichomonas vaginalis*; el Gram reveló más de 50 leucocitos PMN por campo de 400X y abundantes diplococos Gram negativos intra y extracelulares, típicos de *Neisseria*. El cultivo en el medio de Thayer Martin fue positivo con crecimiento de colonias oxidasa positiva; la fermentación de azúcares en tubo fue positiva para glucosa y maltosa y negativa para sacarosa y lactosa. Estos resultados permitieron identificar el aislamiento como *Neisseria meningitidis*; la cepa fue clasificada como del grupo B. (Difco (R), *Neisseria meningitidis* Antisera SET A-D. Michigan USA). La prueba de la β lactamasa fue negativa.

El paciente fue tratado por su médico con ciprofloxacina 500 mg 2 veces al día por 3 días. Ocho días después de finalizar el tratamiento se hicieron controles de laboratorio obteniendo muestras uretrales con escobillón de alginato de calcio; las siguientes pruebas fueron negativas: Gram, cultivo en Thayer Martin modificado, Agar chocolate enriquecido con Isovitalex y Elisa para antígeno de *Chlamydia trachomatis*.

DISCUSION

La familia *Neisseriaceae* abarca los géneros *Neisseria*, *Eikenella*, *Simonsiella* y *Alysiella* así como las bacterias de los llamados por el CDC grupos EF-4 y M-5 (1) que aún no tienen una posición taxonómica definida.

Neisseria meningitidis o meningococo se subdivide en grupos serológicos de acuerdo a la presencia de cápsula o las proteínas de la membrana externa. En la actualidad se reconocen 13 serogrupos (A,B,C,D,29E,H,I,K,L,W135,X,Y,Z); los más comúnmente implicados en enfermedad sistémica han sido A,B,C,Y,W135 (1,2).

Meningococo se aísla más comúnmente de la oro y la nasofaringe humanas; los portadores asintomáticos de esta bacteria pueden ser, según Rake (citado en 2), intermitentes, transitorios o crónicos; estos últimos pueden albergar meningococo hasta por dos años. La tasa de portadores está entre 5 y 15% pero puede ser más alta en poblaciones confinadas (1) o en ciertos grupos como los homosexuales en quienes puede alcanzar o sobrepasar el 40% de portadores nasofaríngeos (3).

Desde la aparición de la vacuna para prevenir la infección por los serogrupos A y C ha habido, en los lugares donde se la aplica, una tendencia a que disminuyan las formas clínicas debidas a estos serogrupos pero ellas han sido sustituidas por las causadas por el serogrupo B (4). Este último ha predominado en Antioquia por varios años (5).

La transmisión de persona a persona ocurre por contacto directo con las secreciones respiratorias o por las gotitas que transporta el aire y que están cargadas del microorganismo (1). Las formas clínicas de enfermedad meningocócica tradicionalmente descritas abarcan bacteremia sin sepsis, meningococcemia sin meningitis, meningitis con o sin meningococcemia y meningococcal meningitis (Wolfe y Birbara citados en 2).

Formas menos comunes son la meningococcemia crónica, la meningitis recurrente en pacientes con deficiencia de complemento, la infección respiratoria y la urogenital (1,2,6-8).

Se ha aislado *Neisseria meningitidis* de sitios diferentes a la naso y la orofaringe, como son: canal anal en el 2.1% de los hombres homosexuales y en el 0.2% de las mujeres; uretra en el 0.4% de los hombres heterosexuales (Judson citado en 8); otros estudios (citados en 8) informan el aislamiento de *N. meningitidis* del canal anal en el 2.4% de los hombres homosexuales y en el 13% de la uretra de estos mismos individuos. En la misma citación se alude a los siguientes cuadros clínicos de etiología meningocócica: uretritis, epididimitis, flujo vaginal, salpingitis aguda y un síndrome similar a la infección gonocócica diseminada.

Hagman y colaboradores (6) informaron 3 casos inusitados de infección meningocócica, así: a) un hombre con uretritis aguda que tenía frecuentes relaciones orogenitales; la bacteria se aisló también de la faringe pero no del tracto genital de su compañera; b) una mujer con abundante flujo vaginal infectada por meningococo el cual se demostró así mismo en la faringe pero no en el tracto urogenital de su compañera; c) una joven de 18 años con peritonitis, de cuyo líquido peritoneal se aisló meningococo pero que no tenía historia de contacto sexual.

Pese a los datos anteriores todavía no está claro el papel de *N. meningitidis* como el patógeno responsable de estos diferentes síndromes; con miras a lograr cada vez mayor claridad se hace necesario identificar hasta el nivel de especie todas las cepas de *Neisseria* aisladas de sitios urogenitales (1); esa

necesidad plantea un reto a los laboratorios diagnósticos que, por su bajo volumen de aislamientos de *Neisseria* encuentran oneroso mantener existencia de los azúcares necesarios para la identificación; de ahí que sea aconsejable remitir los aislamientos a laboratorios de referencia.

En cuanto al tratamiento no hay todavía una recomendación oficial pero se presume que sea suficiente realizarlo como para una infección gonocócica.

SUMMARY

MALE MENINGOCOCCAL URETHRITIS

We report on the case of a 39 year-old white male who developed urethritis eight days after orogenital contact (*fellatio*) with a prostitute. Group B *N. meningitidis* was recovered from the urethral secretion; the strain was negative for β lactamase production. Response to cyprofloxacin treatment was satisfactory. Control cultures for *Neisseria* were negative eight days after completing treatment. At that moment direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* antigens were also negative. The significance of *N. meningitidis* in genital tract

infections is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. MORELO JA, JANDA WM, DOERN GV. *Neisseria* and *Branhamella*. En: BALOWS A, HAUSLER WJ, HERRMANN RL, et al. Manual of Clinical Microbiology. Fifth ed. Washington DC: ASM, 1991: 258-276.
2. APICELLA MA. *Neisseria meningitidis*. En: MANDELL GL, DOUGLAS GR, BENNETT JE. Principles and practice of infectious diseases. Third ed. New York: Churchill Livingstone, 1990: 1600-1613.
3. JANDA WM, BOHNHFF M, MORELLO JA, LERNER SA. Prevalence and site pathogen studies of *Neisseria gonorrhoeae* and *N. meningitidis* in homosexual men. *JAMA* 1980; 244: 2060-2064.
4. CENTER FOR DISEASE CONTROL. Laboratory-acquired meningococemia. California y Massachusetts *MMWR*. 1991; 40: 46-47.
5. ARROYAVE ML, AGUIRRE C, ECHEVERRY ML, et al. Enfermedad meningocócica: conceptos y comportamiento en Antioquia. *Bol Epidemiol Ant* 1989; 14: 11-27.
6. HAGMAN M, FORSLIN L, MOI H, DANIELSSON D. *Neisseria meningitidis* in specimens from urogenital situs. *Sex Transm Dis* 1991; 18: 228-232.
7. REIN MF. Urethritis. En: MANDELL GL, DOUGLAS GR, BENNETT JE. Principles and practice of infectious diseases. Third ed. N Y: Churchill Livingstone, 1990: 942-952.
8. HOOK III EW, HANDSFIELD HH. Gonococcal infections in the adult. En: HOLMES KK, MARDH PA, SPARLING PF, et al. Sexually transmitted diseases. Second ed. NY: McGraw Hill, 1990: 149-163.