



# Manejo de las enfermedades venéreas en las Fuerzas Militares

**Jairo Enrique Gutiérrez Méndez**

**Escuela Superior de Guerra "General Rafael Reyes Prieto"**  
Bogotá D.C., Colombia

1979

## INTRODUCCION

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA**

Colombia es un país en vías de desarrollo. Desde el 70 se ha visto muy influenciada por costumbres extranjeras, trayendo con ellas la liberación sexual, lo que ha incidido en un marcado aumento de enfermedades venéreas y un incremento de las formas faríngea y anorrectales de éstas.

Considerando que esta situación afecta el estado de salud y por consiguiente su rendimiento, quiero mediante la elaboración del presente trabajo, dar la información más reciente y precisa a todo el personal del Área de Sa-

**Manejo de las enfermedades Venéreas en las**

**Fuerzas Militares (Profilaxis y Tratamiento)** siendo mayor in-

cidencia, control, ya que éste es el único medio de lo-

grar un alto porcentaje en la erradicación de dichas en-

fermedades dentro del personal de las fuerzas militares ya que por su naturaleza, dentro de la Institución se exi-

ge la concentración del personal por períodos prolongados y por tanto salidas esporádicas (soldados y civiles), permite que la

incidencia sea elevada.

Bogotá, 22 de Septiembre de 1.979

Teniente Médico

Jairo Enrique Gutiérrez Méndez

Alumno del Curso Básico

Oficiales del Cuerpo Logístico

INDICE  
INTRODUCCION

FIGURAS

Colombia es un país en vía de desarrollo; en ésta década del 70 se ha visto muy influenciada por costumbres extranjeras, trayendo con ellas la liberación sexual, lo que ha incidido en un marcado aumento de enfermedades venéreas y un incremento de las formas faríngea y anorrectales de éstas. Considerando que esta situación afecta el estado de salud y por consiguiente su rendimiento, quiero mediante la elaboración del presente trabajo, dar la información más reciente y precisa a todo el personal del área de Sanidad sobre las enfermedades venéreas: medidas preventivas, incidencia, control y profilaxis, haciendo mayor incapie en el control, ya que éste es el único medio de lograr un alto porcentaje en la erradicación de dichas enfermedades dentro del personal de las fuerzas militares ya que por su naturaleza, dentro de la Institución se exige la concentración del personal por períodos prolongados y por tanto salidas esporádicas, esto sumado al bajo nivel socioeconómico de algunos de sus grupos ( soldados y civiles), permite que la incidencia de las enfermedades venéreas sea elevada.

|       |                            |   |
|-------|----------------------------|---|
| 1.1   | Introducción.....          | 1 |
| 1.2   | Etiología.....             | 1 |
| 1.3   | Patogenia.....             | 2 |
| 1.3.1 | Uretritis Gonocócica.....  | 3 |
| 1.3.2 | Vulvitis Gonocócica.....   | 5 |
| 1.3.3 | Proctitis Gonocócica.....  | 6 |
| 1.3.4 | Faringitis Gonocócica..... | 7 |
| 1.3.5 | Complicaciones.....        | 8 |

INDICE

|  | Pag. |
|--|------|
| <u>FIGURAS</u>                         |      |
| 1.4 Diagnóstico.....                   | 11   |
| 1.4.1 Sífnico.....                     |      |
| Figura número 1.....                   | 17   |
| Figura número 2.....                   | 18   |
| Figura número 3.....                   | 19   |
| 1.5.2 Regimenes alternos.....          | 13   |
| 1.5.3 Info <u>GRAFICAS</u> Ingeo.....  | 14   |
| 1.5.4 Salpingitis Aguda.....           | 14   |
| Gráfica número 1.....                  | 20   |
| Ficha Control Venéreas ( anverso)..... | 160  |
| Ficha control Venéreas ( reverso)..... | 61   |

CAPITULO II

CAPITULOS

|  |       |
|--|-------|
| 2. Condiloma Acuminado.....                  | 21-22 |
| 2.1 Introducción <u>CAPITULO I</u> .....     | 21    |
| 2.2 Etiología y Patogenia.....               | 21    |
| 1. Blenorragia.....                          | 1-20  |
| 1.1 Introducción.....                        | 21    |
| 1.2 Etiología.....                           | 1     |
| 1.3 Patogenia..... <u>CAPITULO III</u> ..... | 2     |
| 1. 1.3.1 Uretritis Gonocócica.....           | 3     |
| 3. Chancro 1.3.2 Vulvitis Gonocócica.....    | 25-53 |
| 3.1 1.3.3 Proctitis Gonococica.....          | 65    |
| 1.3.4 Faringitis Gonocócica.....             | 7     |
| 1.3.5 Complicaciones.....                    | 8     |

|                                    | Pag   |
|------------------------------------|-------|
| 1.4 Diagnóstico.....               | 11    |
| 1.4.1 Clínico.....                 | 11    |
| 1.4.2 Laboratorio.....             | 12    |
| 1.5 Tratamiento.....               | 13    |
| 1.5.1 Regimen terapeutico elección | 13    |
| 1.5.2. Regimenes alternos.....     | 13    |
| 1.5.3 Infección Faríngea.....      | 14    |
| 1.5.4 Salpingitis Aguda.....       | 14    |
| 1.5.5 Artritis Gonocócica.....     | 15    |
| 1.6 Control.....                   | 15    |
| <u>CAPITULO IV</u>                 |       |
| 4 Branuloma Inguinal.....          | 29-32 |
| 4.1 Introducción.....              | 29    |
| 4.2 Etiología.....                 | 29    |
| 4.3 Patogenia.....                 | 30    |
| 2 Condiloma Acuminado.....         | 21-22 |
| 2.1 Introducción.....              | 21    |
| 2.2 Etiología y Patogenia.....     | 21    |
| 2.3 Diagnóstico.....               | 21    |
| 2.4 Tratamiento.....               | 22    |
| <u>CAPITULO V</u>                  |       |
| <u>CAPITULO III</u>                |       |
| 5 Linfogranuloma Venéreo.....      | 33-36 |
| 3 Chancroide o Chancro Blando..... | 23-28 |
| 3.1 Introducción.....              | 23    |
| 3.2 Etiología.....                 | 33    |
| 3.3 Patogenia.....                 | 33    |
| 3.4 Diagnóstico.....               | 35    |

|                               | Pag   |
|-------------------------------|-------|
| 3.2 Etiología.....            | 23    |
| 3.3 Patogenia.....            | 24    |
| 3.4 Diagnóstico.....          | 25    |
| 3.4.1 Clínico.....            | 25    |
| 3.4.2 Laboratorio.....        | 26    |
| 3.5 Tratamiento.....          | 27    |
| 6 Sífilis.....                | 37-48 |
| 6.1 Introducción.....         | 37    |
| 6.2 Etiología.....            | 37    |
| <u>CAPITULO IV</u>            |       |
| 4 Brenuloma Inguinal.....     | 29-32 |
| 4.1 Introducción.....         | 29    |
| 4.2 Etiología.....            | 29    |
| 4.3 Patogenia.....            | 30    |
| 4.4 Diagnóstico.....          | 31    |
| 4.4.1 Clínico.....            | 31    |
| 4.4.2 Laboratorio.....        | 31    |
| 4.5 Tratamiento.....          | 32    |
| 7 Tricomoniasis.....          | 45-48 |
| 7.1 Introducción.....         | 45    |
| 7.2 Etiología.....            | 45    |
| <u>CAPITULO V</u>             |       |
| 5 Linfogramuloma Venéreo..... | 33-36 |
| 5.1 Introducción.....         | 33    |
| 5.2 Etiología.....            | 33    |
| 5.3 Patogenia.....            | 33    |
| 5.4 Diagnóstico.....          | 35    |

|   | Pag   |
|---|-------|
| 5.4.1 Clínico.....                          | 35    |
| 5.4.2 Laboratorio.....                      | 35    |
| 8 5.5 Tratamiento.....                      | 49-35 |
| 8.1 Introducción.....                       | 49    |
| 8.2 Etiología.....                          | 50    |
| 8.3 Patogenia.....                          | 51    |
| 6 Sífilis.....                              | 37-48 |
| 6.1 Introducción.....                       | 37    |
| 6.2 Etiología.....                          | 37    |
| 6.3 Patogenia.....                          | 37    |
| 6.4 Diagnóstico.....                        | 43    |
| 6.4.1 Clínico.....                          | 43    |
| 6.4.2 Laboratorio.....                      | 43    |
| 9 6.5 Tratamiento.....                      | 55-44 |
| 9.1 Introducción.....                       | 55    |
| 9.2 Medidas preventivas.....                | 55    |
| 9.3 Control Paciente Contactos y Medio..... | 56    |
| 7 Tricomoniiasis.....                       | 45-48 |
| 7.1 Introducción.....                       | 45    |
| 7.2 Etiología.....                          | 45    |
| 7.3 Patogenia.....                          | 45    |
| 7.4 Diagnóstico.....                        | 46    |
| 7.4.1 Clínico.....                          | 46    |
| 7.4.2 Laboratorio.....                      | 46    |
| 7.5 Tratamiento.....                        | 48    |

CAPITULO VIII

|     |                              |       |
|-----|------------------------------|-------|
| 1   | <u>BLENORRAGIA</u>           |       |
| 8   | Uretritis No Gonocócica..... | 49-54 |
| 8.1 | Introducción.....            | 49    |
| 8.2 | Etiología.....               | 50    |
| 8.3 | Patogenia.....               | 51    |
| 8.4 | Aspectos Clínicos.....       | 51    |
| 8.5 | Diagnóstico.....             | 53    |
| 8.6 | Tratamiento.....             | 53    |
| 8.7 | Complicaciones.....          | 54    |

CAPITULO IX

|     |   |       |
|-----|---|-------|
| 9   | Control y Profilaxisi.....              | 55-61 |
| 9.1 | Introducción.....                       | 55    |
| 9.2 | Medidas preventivas.....                | 55    |
| 9.3 | Control Paciente Contactos y Medio..... | 56    |
| 9.4 | Ficha Control.....                      | 58    |
|     | BIBLIOGRAFIA.....                       | 62    |



son limitadas, CAPITULO I "oxidasa positivos" y  
generalmente pueden distinguirse de otras especies

## 1 BLenorragia

### 1.1 Introducción

Enfermedad infecciosa, de curso definido y limita-

1.3 do, de origen venéreo, producida por el Neisseria  
Gonorrhoeae, limitada al epitelio columnar y de  
transición y, por tanto diferente en el hombre y  
en la mujer en cuanto a evolución, gravedad y fa-

cilidad de identificación. pacientes se quejan de  
micción frecuente y urgente, disuria de ardor. que  
Enfermedad común en todas partes, especialmente en  
personas de bajo nivel económico. Afecta individuo  
de ambos sexos y prácticamente de todas las edades  
especialmente en los grupos más jóvenes y con ma-  
yor actividad sexual.

1.2 Etiología se inicia el tratamiento en éste período.

La Neisseria Gonorrhoeae o gonococo es una bacte-  
ria, esférica Gram negativa; en preparaciones te-  
nidas de secreciones infectadas, el gonococo se ob-  
serva como diplococo reniforme, frecuentemente lo-  
calizado dentro de granulocitos. cefalea, malestar  
general, taquicardia y fiebre. (Ver figura nú-

Las reacciones bioquímicas de éstos microorganismos

1.3.1 Prat. in vitro

son limitadas, pero son "oxidasa positivos" y generalmente pueden distinguirse de otras especies de Neisseria por su capacidad para fermentar únicamente la glucosa.

### 1.3 Patogenia

El período de incubación de la infección es de dos a ocho días. El comienzo de los síntomas es por lo general brusco y con sintomatología correspondiente a uretra anterior; los pacientes se quejan de micción frecuente y urgente, disuria de ardor que aumenta durante la micción, y un profuso escurrimiento uretral que inicialmente puede ser seroso o lechoso, pero que rápidamente se vuelve espeso y purulento. En éstos pacientes, pueden presentarse los síntomas generales como fiebre y escalofrío. Cuando no se inicia el tratamiento en éste período, la infección progresa hacia uretra posterior en aproximadamente diez a catorce días y el paciente consultará por exudado uretral espeso, purulento y en ocasiones sanguinolento, disuria más severa, poliuriuria, síntomas generales como cefalea, malestar general, taquicardia y fiebre. (Ver figura número 1.).

#### 1.3.1 Uretritis Gonocócica

Las mujeres con gonorrea aguda son con frecuencia (30 a 80 por ciento), completamente asintomáticas, y solo se les llega a descubrir por ser contactos de hombres con infecciones venéreas.

Los dos sitios más frecuentes de infección gonocócica directa en la mujer son la uretra y el cérvix. Cuando se presentan síntomas, es muy probable que el principal de ellos sea la disuria. Las mujeres generalmente no notan el exudado uretral. ( Ver cuadro número 1 ).

La cervicitis severa producirá abundante exudado vaginal. En el cincuenta por ciento de los casos, o más, puede también estar asociada una tricomoniasis vaginal, lo cual produce enrojecimiento de las paredes de la vagina y abundante secreción purulenta.

La cervicitis es con frecuencia asintomática, pero las pacientes se pueden quejar de dolor lumbar o sacrolumbar, y de una vaga sensación de incomodidad abdominal baja. Puede haber polaquiuria. ( Ver figura número 2 ).

### 1.3.1 Uretritis Gonocócica

1.3.2 Inicialmente es una infección superficial de la mucosa uretral, debido a penetración de gonococos entre los tejidos que rodean a la mucosa. Glandulas y criptas de la uretra perineana aparecen repletas de leucocitos y de microorganismos (Ver figura Número 3.). La liberación de toxinas debida a microorganismos, producen reacción inflamatoria que afecta toda la uretra, con excreción de células inflamatorias. Es característica la excreción purulenta, y si existe fimosis, la presencia de una balanopostitis. En casos leves la secreción es escasa y da lugar a confusión diagnóstica con una uretritis inespecífica. En casos graves puede haber compromiso de los cuerpos cavernosos, produciendo una erección dolorosa. Cuando se extiende a uretra posterior se presenta sintomatología consistente en polaquiuria y disuria.

La uretritis gonococica crónica se debe a retención de gonococos en las glándulas uretrales y su excreción intermitente por el glande (estado portador).

### 1.3.2 Vulvitis Gonocócica como disuria.

Los síntomas aparecen uno o varios días después del contacto sexual infectante, pero son tan leves que pueden pasar inadvertidos. La paciente puede presentar sensación de quemazón al orinar, polaquiuria, leucorrea y prurito a nivel vestibular; en algunos casos los primeros signos del proceso solo aparecen hasta la menstruación siguiente o poco después, cuando la infección ascendente da lugar a una salpingitis aguda.

### 1.3.3 La exploración de los genitales externos

puede mostrar congestión vestibular con exudado purulento e inflamación de la uretra, de los conductos de Skene y de los conductos de Bartholin. La infección aguda ascendente a través de la mucosa del conducto urogenital pudiendo dar lugar a una endometritis, peritonitis, y una ooforitis. sobre la

gonorrea anorrectal es casi siempre el resultado. En la uretritis aguda la mucosa del meato uretral externo presenta un aspecto rojizo y edematoso. A la compresión suave se puede obtener algunas gotas de pus viscoso y amarillento; la reacción inflamatoria da lugar

a polaquiuria, tenesmo disuria.

Los signos de uretritis crónica son la presencia de una induración palpable de la pared posterior de la uretra, debido principalmente a la infección de las glándulas de la pared posterior, que endoscópicamente dan un aspecto de pequeñas zonas granulares situadas en el suelo de la uretra; el único síntoma puede ser sensación de quemazón al orinar.

### 1.3.3 Proctitis Gonocócica

El mayor aumento en la popularidad de las relaciones anorrectales en parejas heterosexuales lleva a un incremento en la frecuencia de proctitis gonocócica. En la mujer, dicha infección puede reflejar una exposición genitorectal o una extensión directa de descargas vaginales. En el hombre la

1.3.4 gonorrea anorrectal es casi siempre el resultado de una relación homosexual. El gonococo invade las criptas de Morgagni y produce los siguientes estados:

-Prurito en el área anal y perianal, dolor al defecar y se puede observar sangre o mo

co en heces y ropa interior.

- La forma menos frecuente causa los síntomas - Apariencia enterocoloica: el enfermo presenta más severos, dolor rectal, sensibilidad al defecar, presencia de sangre y pus en las heces. El arca anal se encuentra enrojecida y dolorosa y puede extraerse pus del canal anal. A la proctoscopia la mucosa anal y rectal se encuentra roja, edematosa y cubierta de material purulento.
- Apariencia normal: no hay signos de faringitis al examen clínico, pero el enfermo es portador.
- El estado de portador, de proctitis gonocócica que generalmente es asintomático y no hay signos al examen físico.

### 1.3.5

#### Complicaciones

El diagnóstico de proctitis depende entonces de la sospecha clínica y de la toma de cultivos de diseminación hematogena y linfática de la gonorrea a sitios distantes del foco de infección. Estas complicaciones metastásicas incluyen artritis, tenosinovitis, con un absceso prostático que drena a recto, conjuntivitis y uveítis anterior, meningitis, endocarditis, miocarditis y pericarditis.

### 1.3.4

#### Faringitis Gonocócica

Si un miembro de la pareja se encuentra infectado con gonococo o es portador, puede presentarse la faringitis gonocócica después de una exposición genitooral, como consecuencia podemos encontrar una de las siguientes:

- manifestaciones:
- Apariencia estreptocócica: el enfermo presenta edema faríngeo difuso con pustulas puntiformes en el arco tonsilar o sin ellas
  - Apariencia viral: caracterizada por eritema en parches y edema del arco tonsilar y de la úvula. Las lesiones hemorrágicas comienzan como un puntado eritematoso, generalmente en palmas y plantas, se agravan paulatinamente hasta formar áreas purpúricas. La erupción suele permanecer en brazos y piernas. Las vesículas y pústulas
  - Apariencia normal: no hay signos de faringitis al examen clínico, pero el enfermo es portador.

### 1.3.5 Complicaciones

La literatura médica contiene muchos reportes de diseminación hematogena y linfática de la gonorrea a sitios distantes del foco de infección. Estas complicaciones metastásicas incluyen artritis, tenosinovitis, conjuntivitis y uveítis anterior, meningitis, endocarditis, miocarditis y pericarditis.

La conjuntivitis gonocócica no es rara en adultos, y generalmente resulta por contaminación directa.

- La septicemia fulminante que es poco frecuente y puede terminar en endocarditis fatal.



-Infección benigna, en la que el paciente padece escalofrío y fiebre de comienzo súbito, con temperaturas de 38.5 a 40° C acompañada de artritis migratoria o artralgia. Son corrientes las lesiones cutáneas que toman una forma hemorrágica o vesicopustulosa. Las lesiones hemorrágicas comienzan como un punteado eritematoso, generalmente en palmas y plantas, se agrandan paulatinamente hasta formar áreas purpúricas. La erupción suele permanecer en brazos y piernas. Las vesículas y pústulas empiezan como máculas, y ocasionalmente como bulas eritematosas que suelen tornarse necróticas, y pueden presentarse nuevos brotes durante los episodios febriles. En la mujer dichas lesiones des parecen a veces sin tratamiento en una o dos semanas, para reaparecer durante la menstruación.

La conjuntivitis gonocócica no es rara en adultos, y generalmente resulta por contaminación directa.

Esta patología revierte generalmente después La Skeinitis aguda se manifiesta por el edema notable en la desembocadura de los con-

1.4.2 La infección del esfínter y del hueso subyacente ductos de Skene, por compresión se pueden te lo que puede ir seguido de anquilosis, expulsar algunas gotas de pus.

La infección prostática generalmente es aguda. En la Bartholinitis aguda se observa igual sintomatología, exceptuando cuando se produce a la anterior, la palpación de un acentuado edema prostático o la aparición de un absceso. Con la infección de la porción posterior de los labios mayores se puede evidenciar la glándula, que se ha agrandado y uretra posterior es fácilmente ya aumentada de tamaño y dolorosa al tacto. extendida la infección al cordón espermático

co y al epidídimo, con la consiguiente este La artritis gonocócica se presenta posterior a una infección aguda o exacerbación de una infección subclínica, su comienzo es brusco y el cuadro clínico consiste en fiebre, ar-

#### 1.4 Diagnóstico

##### 1.4.1 Clínico

tralgia, y adolorimiento articular. Es una artritis poliarticular en el ochenta por ciento de los casos, en la rodilla es la articulación afectada con mayor frecuencia si el paciente sobre contactos sexuales próximos, guiendo en orden la muñeca, el tobillo, la mano, el codo, la cadera y el hombro; acompañada de la sintomatología urinaria a menudo; o por la observación al examen, de un líquido aspirado de las articulaciones afectadas puede contener solo unos cuantos granulocitos o puede ser francamente purulento. Confirma el diagnóstico la remisión de los síntomas con la prueba farmacológica o por medio de las cultivos de laboratorio. Esta patología revierte generalmente después de una o dos semanas de tratamiento. Si no se trata oportunamente, hay una rápida des-

1.4.2 Trucción del cartilago y del hueso subyacen  
ste lo que puede ir seguido de anquilosis.

La infección prostática generalmente es asintomática, exepctuando cuando se produce un acentuado edema prostático o la aparición de un absceso. Con la infección de prostata y uretra posterior es fácilmente extendida la infección al cordón espermático y al epidídimo, con la consiguiente esterilidad si la infección ha sido bilateral. No es raro el hidrocele de sitios altamente sobreinfectados. Una vez efectuado el

1.4 Diagnóstico ideo se debe colocar en atmósfera de

1.4.1 Clínico de carbons ( $CO_2$ ). Después de 48

El médico debe sospechar una infección gono cóica basado en la información dada por el paciente sobre contactos sexuales próximos, acompañado de la sintomatología urinaria anotada; o por la observación al exámen, de la secreción específica.

Confirma el diagnóstico la remisión de los síntomas con la prueba farmacológica o por medio de los cultivos de laboratorio.

1.5.2 lul, se apus, con la superficie concava del

1.4.2 Laboratorio Se confirma el diagnóstico de infección gonocócica demostrando la presencia de la *Neisseria gonorrhoeae* en cultivos de secreciones infectadas tomadas del área genital, faringe o recto. Estos cultivos se logran con extensión en medio selectivo de Thayer-Martin que contiene además de las sustancias de cultivo una combinación de antibióticos, lo que facilita grandemente el aislamiento de gonococos en el cultivo primario, aún habiéndose tomado la muestra de sitios altamente sobreinfectados. Una vez efectuado el extendido se debe colocar en atmósfera de dióxido de carbono ( $CO_2$ ). Después de 48 horas puede multiplicarse las colonias de gonococos por medio de la prueba de la oxida-

## 1.5 Tratamiento.

### 1.5.1 Regimen Terapeutico de Elección

En los hombres puede llegarse al diagnóstico presuncional si se observan los microorganismos atípicos en las secreciones teñidas con Gram. En esta preparación los gonococos se observan en forma de riñón o de frijol y se presentan en pares, en el interior de cé-

### 1.5.2 lulas después, con la superficie concava del

uno colocada frente a la del otro. Sin embargo, un froto negativo no elimina la posibilidad de enfermedad gonocócica, y pueden obtenerse resultados falsamente positivos por *Mycoplasma polymorpha*.

1.5.2.2. Pacientes alérgicos a la penicilina  
Para el diagnóstico de la artritis gonocócica debe hacerse con el estudio bacteriológico del líquido de las articulaciones afectadas, pero muchas veces no logra demostrar microorganismos; los hemocultivos son positivos en solo diez o veinte por ciento de los pacientes con supuesta gonococemia, debido a esto el diagnóstico de artritis gonocócica a menudo debe hacerse solo con base

1.5.3 en los datos clínicos.

Estas infecciones son de mas difícil trata-

1.5 Tratamiento de la gonorrea anogenital. Penicilina

L.5.1 Regimen Terapeutico de Elección  
Penicilina G procaínica acuosa 4'800.000 Unidades intramuscular divididos en dos dosis para aplicar de una vez en sitios diferentes, junto con un gramo de Probenecid via oral una hora antes de las inyecciones.

1.5.2 Regimenes Alternos

1.5.2.1 Pacientes en quienes se prefiere la  
oral cuat via oral, ampicilina 2.5 grs ta junto  
dies dia con le gr de Probenecid oral admini  
Hidroclorotradós simultaneamente. 5 grs endo-  
venosos cuatro veces al día hasta mejoría,

1.5.2.2a Pacientes alérgicos a la penicilina  
al día, hosal Probenecid, i os con reacción ta-  
nafiláctica previa: Hidrocloruro de  
tetraciclina 1.5 grs via oral ini-

1.5.5 Artritis cialmente, luego 0.5 grs cuatro ve-  
Penicilina ces al día por cuatro días (dosis  
de unidades de unidades diarias por tres -  
total 9.5 grs).

Hidrocloruro de Espectinomicina, 2  
grs intramuscular en una inyección  
al día, vía oral, hasta completar siste

### 1.5.3 Infección faríngea

Estas infecciones son de mas difícil trata-  
miento que la gonorrea anogenital. Penicili  
na G procaínica 4.8 millones, seguidos de  
tetraciclina 0.5 grs cuatro veces al día  
por siete días vía oral.

## 1.6 Control

1.5.4 Salpingitis Aguda o area genital, deben  
Se debe hospitalizar al paciente. Penicili-  
na G cristalina acuosa 20 millones de Unida  
des endovenosa al día hasta mejoría defini-

da, seguidos de 0.5 grs de Ampicilina vía oral cuatro veces al día hasta completar

diez días de terapia.

Toda persona en la que se compruebe un contacto con la gonorrea, debe recibir el mismo tratamiento que en quienes se haya establecido el diagnóstico definitivo.

Hidrocloruro de tetraciclina 0.5 grs endovenosos cuatro veces al día hasta mejoría, seguidos de 0.5 grs vía oral cuatro veces al día, hasta completar diez días de tratamiento.

#### 1.5.5 Artritis Gonocócica

Penicilina G cristalina Acuosa 10 millones de unidades endovenosos diarios por tres días hasta mejoría significativa, puede seguirse con ampicilina 0,5 grs cuatro veces al día, vía oral, hasta completar siete días de tratamiento.

Pacientes alérgicos a penicilina o Probenecid, Eritromicina 0.5 grs endovenosos cada seis horas por tres días.

#### 1.6 Control

Cultivos de faringe, recto o area genital, deben obtenerse siete a catorce días despues de terminada la terapia. Si es positivo se debe elegir una forma alterna de terapia. Si hay reinfección se e-

fectúa igual tratamiento.

Toda persona en la que se compruebe un contacto con la gonorrea, debe recibir el mismo tratamiento que en quienes se haya establecido el diagnóstico definitivo.

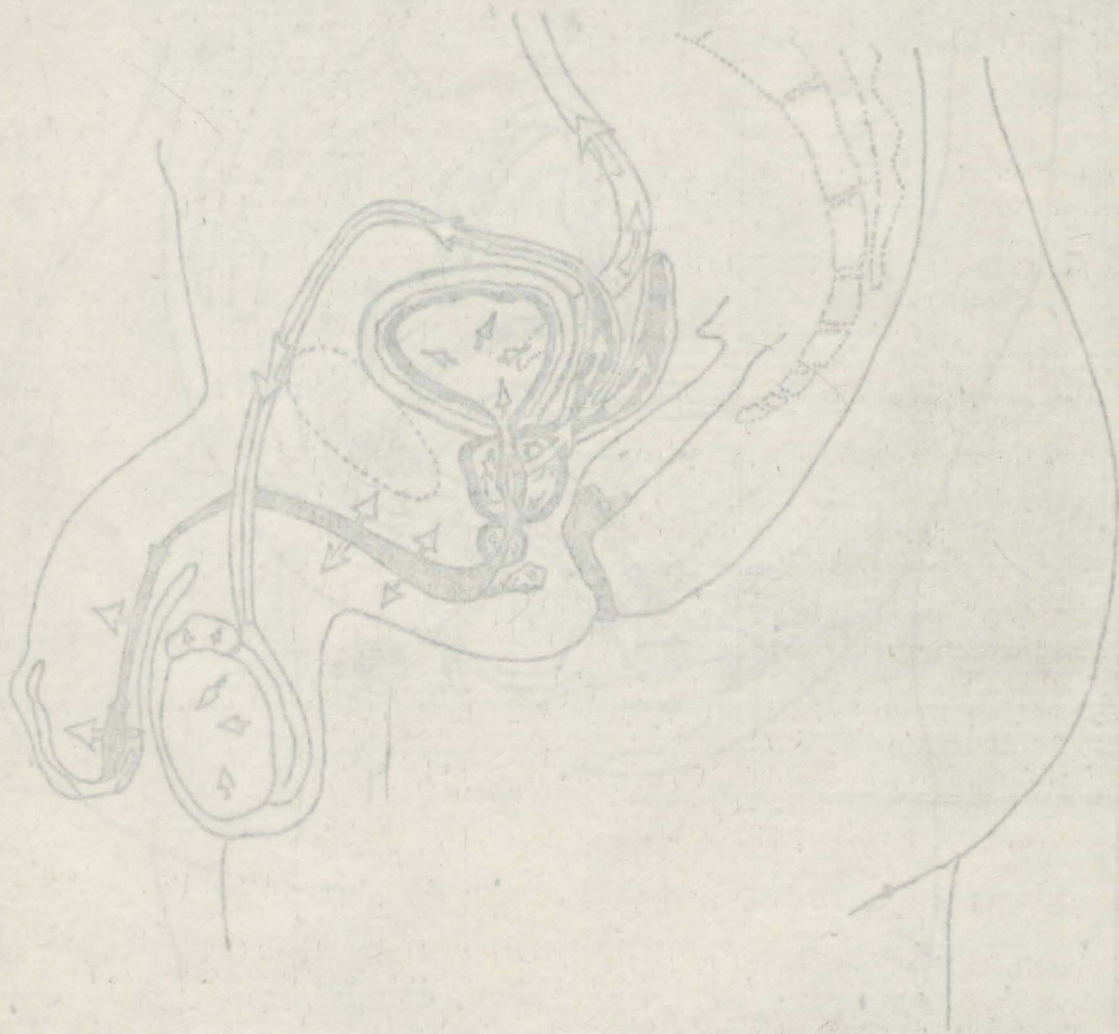




Fig. 1

*Infección Gonocócica Directa y Diseminación*

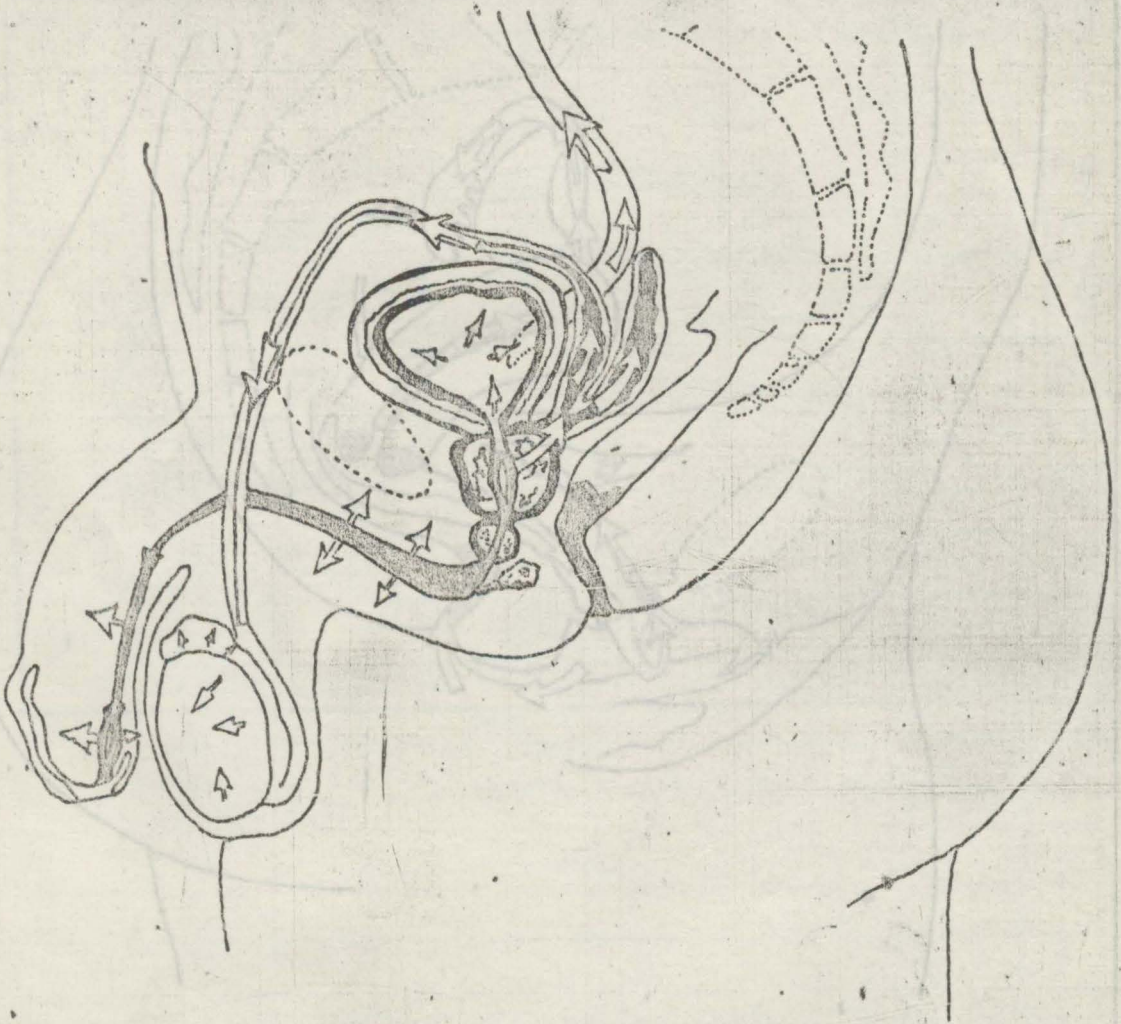
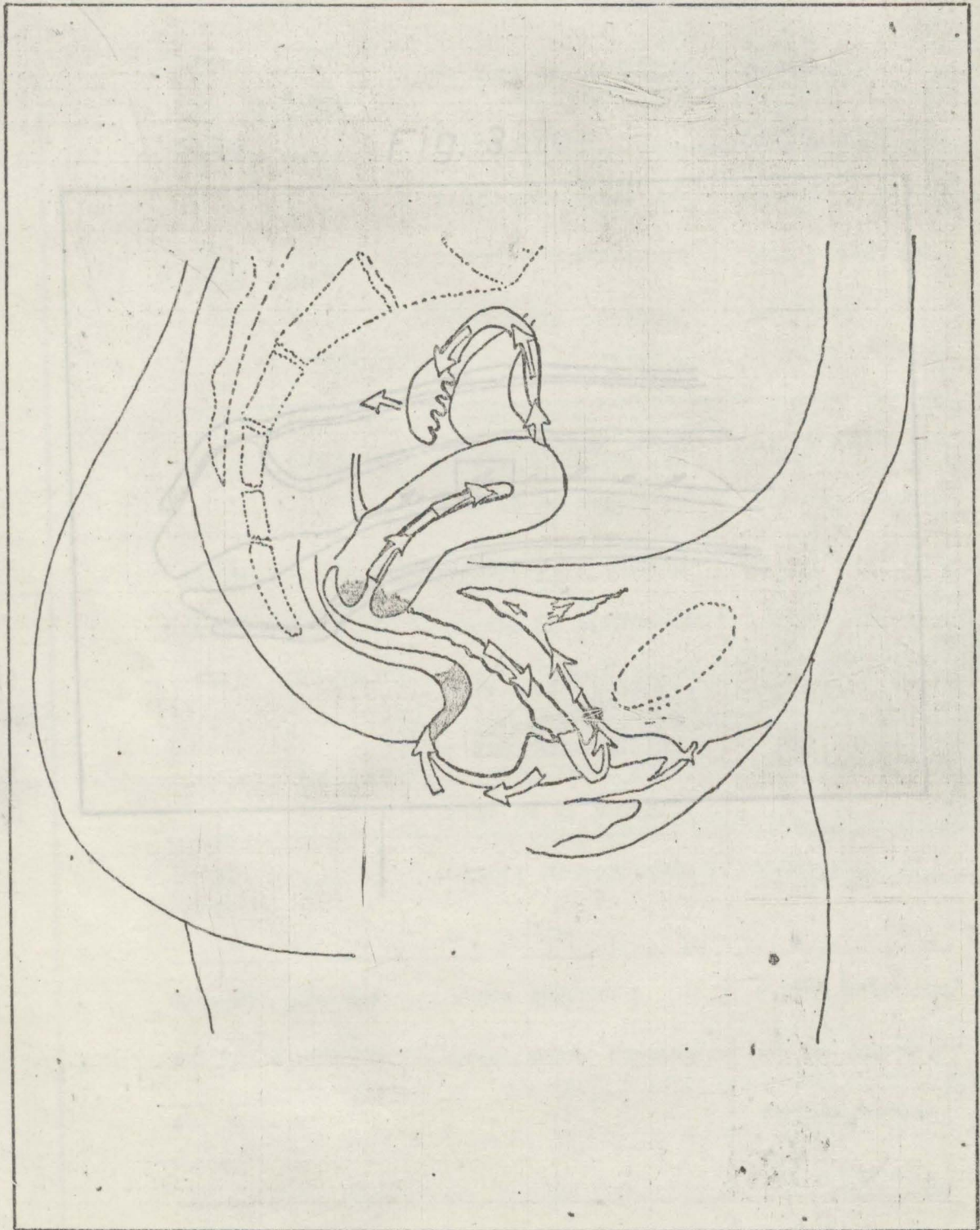
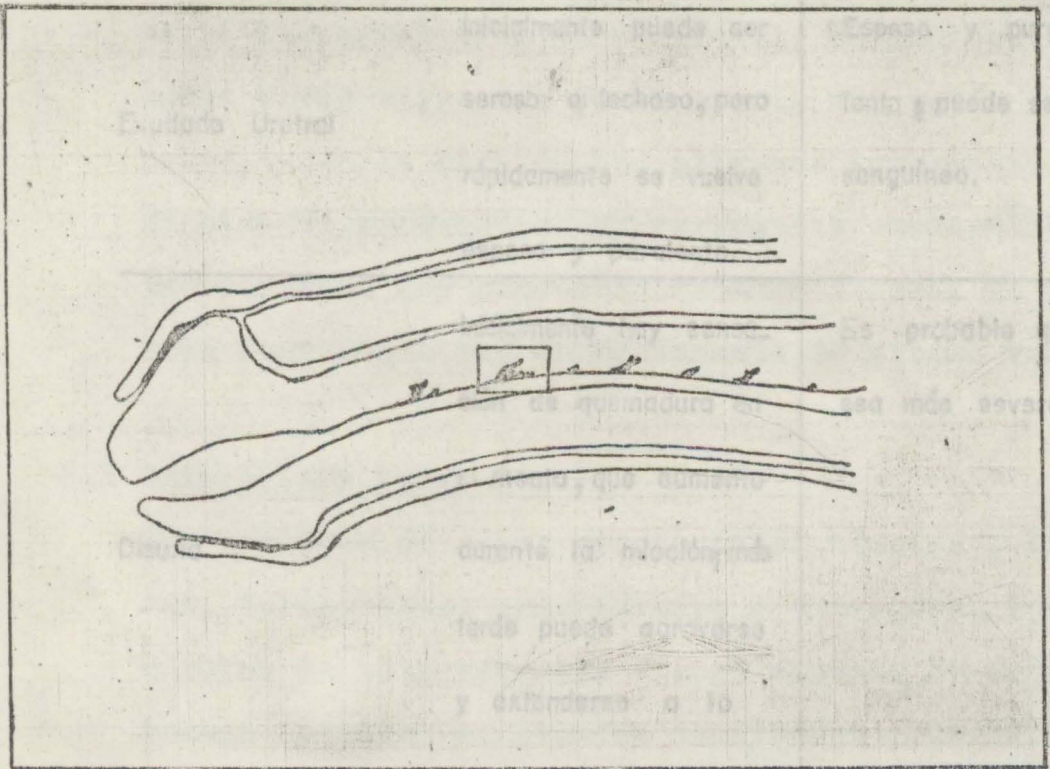


Fig. 2



FRECUENTES ANOMALÍAS  
DE LA CARRERA NASAL EN EL HOMBRE

Fig. 3



|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>Paladar</p>   | <p>Ligra; frecuentemente<br/>ausente.</p>        | <p>Variable</p>   |
| <p>Sinomas generales<br/>debiles o ausentes<br/>de todas</p> | <p>Ligra maxilar;<br/>generalmente ausentes.</p> | <p>Puede haber de<br/>los de ambos<br/>incluyendo todos<br/>los y fibras.</p> |

**MAS FRECUENTES SINTOMAS  
DE LA GONORREA AGUDA EN EL HOMBRE**

| Síntomas   | Porción de la Uretra Comprometido  |  |
|--|--|--|
|  | Uretra anterior  | Uretra posterior   |
| Exudado Uretral                                    | Inicialmente puede ser seroso o lechoso, pero rápidamente se vuelve espeso y purulento.  | Espeso y purulento; puede ser sanguíneo.                     |
| Disuria  | Inicialmente hay sensación de quemadura en el meato, que aumenta durante la micción; más tarde puede agravarse y extenderse a lo largo de la uretra. | Es probable que sea más severa.                              |
| Polaquiguria                                       | Ligera; frecuentemente ausente.  | Variable   |
| Síntomas generales debidos a absorcion de toxinas. | Ligero malestar; generalmente ausentes.  | Puede haber dolor de cabeza, malestar, taquicardia y fiebre. |

## 2.4 Tratamiento CAPITULO II

La variedad de métodos utilizados para eliminarlos

## 2 CONDILOMA ACUMINADO

### 2.1 Introducción

Son lesiones que aparecen en las uniones mucocutáneas en las áreas genital y perianal. Se han observado raros casos alrededor de la areola del pezón en la mujer, y en la piel de los pliegues interdigitales. Si bien se sabe que estas verrugas se transmiten entre personas que practican el acto sexual, es un error pensar que son obligadamente de origen venéreo.

### 2.2 Etiología

### 2.2 Etiología y Patogenia

Son lesiones de color rosa o rojo, húmedas y blandas. Pueden estar pedunculadas o alargadas, los acúmulos de esta verrugas tienen aspecto de coliflor. Pueden formarse en grandes cantidades y macerarse y adquirir mal olor debido a su localización. Se observan con mayor frecuencia en adultos jóvenes.

### 2.3 Diagnostico

El diagnóstico se hace clínicamente por el aspecto y localización de las lesiones, teniendo precaución de hacer biopsia para descartar una lesión maligna, y de las lesiones condilomatosas de la sífilis secundaria.

## 2.4 Tratamiento

### CAPITULO III

La variedad de métodos utilizados para eliminarlos son primordialmente destructivos. Es muy útil la

## 3 CHANGROIDS O CHANGRO BLANDO

### 3.1 Introducción

sección repetida de las verrugas seguida de la aplicación de agentes causticos como el ácido mono-

Lesión que infecta generalmente el pene, se debe a infección venérea aguda, localizada, autoinoculada de plata.

de evolución definida, producida por el bacilo de Ducrey. La incidencia entre los miembros de Se tratan eficazmente mediante aplicación tópica repetida de una solución de podofilina al 25 por ciento en tintura de benjuí.

### 3.2 Etiología

## 2.5 Control

La etiología del chancro blando, el bacilo de Ducrey, es un bacilo Gram negativo, de forma de varilla de corta longitud, con los extremos romos. Rara vez los bacilos son intracelulares. Su período de incubación va de varias horas a 10 días como promedio. El reservorio es el hombre y la fuente de infección son las secreciones de las lesiones abiertas y el pus de los bubones del paciente, hay indicación de que las mujeres algunas veces son portadores. El período de transmisibilidad dura mientras persiste el agente infeccioso en la lesión original o en las secreciones de los ganglios linfáticos de la región infectada.

puede hacerse tanto y finalmente y posteriormente

### 3.3 Patogenia CAPITULO III

## 3 CHANCROIDE o CHANCRO BLANDO

### 3.1 Introducción

Lesión que infecta generalmente el pene, se debe a infección venérea aguda, localizada, autoinoculable, de evolución definida, producida por el bacilo de Ducrey. La incidencia entre los miembros de las Fuerzas Armadas que se hallan en zonas tropicales es superior a la de la sífilis.

### 3.2 Etiología

El agente etiológico del chancro blando, el bacilo de Ducrey, es un bacilo Gram negativo, de forma de varilla de corta longitud, con los extremos romos. Rara vez los bacilos son intracelulares. Su período de incubación va de varias horas a 10 días como promedio. El reservorio es el hombre y la fuente de infección son las secreciones de las lesiones abiertas y el pus de los bubones del paciente, hay indicación de que las mujeres algunas veces son portadores. El período de transmisibilidad dura mientras persiste el agente infeccioso en la lesión original o en las secreciones de los ganglios linfáticos de la región infectada.

### 3.3 Patogenias modo espontáneo forando un absceso

Estos bacilos se encuentran en la base de la lesión inicial y de allí se extienden siguiendo los conductos linfáticos, produciendo extensa necrosis. La lesión inicial localizada en las cercanías del reborde del glande, a nivel del vestíbulo de la comisura posterior de la vulva, o en los labios menores, consiste en una pequeña zona de congestión que se convierte en una mácula y posteriormente en una pustula rodeada por una zona de hiperhemia; más tarde aparecen numerosas úlceras excavadas y profundas de bordes abruptos que penetran por debajo de la piel; en la base de la úlcera es típico el hallazgo de exudado y tejido necrótico, junto con una profusa excreción purulenta. La sobreinfección produce una lesión dolorosa. El tamaño de la ulceración rara vez excede de dos centímetros de diámetro.

3.4 Existe una forma aguda del proceso, el chancro blando fagedénico, que se extiende rápidamente a partir del pene destruyendo amplias áreas del escroto y de la piel inguinal dando lugar a una afectación de los ganglios linfáticos que se hipertrofian y son dolorosos al tacto, se conoce con el nombre de bubón a este tipo de linfadenitis. La tumoración puede hacerse tensa y fluctuante y posteriormente



abrirse de modo espontáneo formando un absceso grande, con cráter único, acompañado de síntomas generales moderados, como cefalalgia, malestar - fiebre y anorexia. La adenitis inguinal (bubones) puede dar lugar a una obstrucción linfática crónica y posteriormente a una elefantiasis del pene y del escroto.

Este proceso puede ir asociado a un linfogranuloma venéreo o a una sífilis; el chancroide se diferencia clínicamente de la balanitis erosiva y gangrenosa por la presencia de una úlcera y de ganglios linfáticos dolorosos. La obstrucción precoz del drenaje linfático da lugar a edema que se extiende al pene y al prepucio y que puede ocultar el proceso primario. No es raro que el proceso esté en fase avanzada al momento de la consulta.

### 3.4 Diagnóstico

#### 3.4.1 Clínico

El aspecto clínico del chancro blando es a menudo suficientemente típico para sugerir el diagnóstico, y se puede llegar a la certeza si se encuentra acompañado de un bubón inguinal. En caso contrario conviene confirmarlo con el laboratorio.

3.4.2 Laboratorio ~~unas~~ ~~despu~~ ~~es~~ ~~del~~ ~~in~~ ~~icio~~ ~~de~~ ~~la~~ ~~in~~ ~~fección~~. Los frotis teñidos o los cultivos tomados del exudado de la porción excavada de los bordes de la lesión, revelaran la presencia de los bacilos de Ducrey, en la mayoría de los casos, en las primeras etapas. Para la identificación de la cadena de bacilos se utiliza una tinción con Safranina, los ger

3.5 Tratamientos aparecen aislados generalmente o en tanto pequeños agrupamientos, pero pueden dispartirse en largas columnas paralelas entre las llevar células o los filamentos de moco, sección dorsal para establecer el diagnóstico y para preparar la sonda. Los cultivos se efectúan en sangre total de fibrinada o en medios nutritivos enriquecidos con sulfos que contengan sangre. Sección en el tratamiento del chancre blanco; las dosis curativas suelen ser. No obstante, es difícil demostrar la presencia de la bacteria en las lesiones grandes que la les presenten contaminación bacteriana sobre resolución gregada. La biopsia es útil en estos casos para aclarar el diagnóstico.

Aunque por lo general el bubón desaparece con las sulfas. La prueba cutánea intradérmica con el bacilo de Ducrey muerto se positiviza entre tres días.

No deb y cinco semanas despues del inicio de la in  
ponenciafección y sigue siendo positivo por el res-  
descarto de la vida del paciente; no es diagnósti-  
temprano porque no es posible saber si una reac-  
ción que es positiva, en un caso dado, re-  
presenta infección actual o bien, es conse-  
cuencia de otra sufrida con anterioridad.

### 3.5 Tratamiento

Tanto en el chancroide como en las lesiones ulcera  
tivas agudas de glande y prepucio es importante  
llevar a cabo en forma inmediata una incisión dor-  
sal para establecer el diagnóstico y para preparar  
la zona para el tratamiento posterior.

El Sulfisoxasól es la droga de elección en el tra-  
tamiento del chancro blando; las dosis curativas  
suelen ser de 4 grs diarios por un período de 7 a  
12 días. No es necesario el tratamiento local de  
la lesión, pero pueden prescribirse fomentos de so  
lución salina y limpieza.

Aunque por lo general el bubón desaparece con las  
sulfas, puede persistir el nódulo, en cuyo caso es  
necesario aspirarlo para prevenir la ruptura expon-  
tánea.

No deben utilizarse antibióticos con actividad treponemocida en ésta entidad, hasta que no se halla

4. GNANU descartado con certeza la posibilidad de sífilis  
4.1 temprana.

Enfermedad crónica, poco transmisible, no mortal, de región inguinal, caracterizada por la formación de úlceras. No es de origen necesariamente venéreo que se extiende progresivamente por autoinoculación. Es prevalente en los trópicos y es endémico en individuos de raza negra. Afecta la piel, y mucosas de las áreas genitales externas.

4.2 Etiología

El agente etiológico de este padecimiento está constituido por los cuerpos de Donovan (Donovania Granulomatosa). Son bacilos inmóviles Gram negativos. Se cree que un vector puede ser el piojo corporal. No es patógena para los animales de laboratorio y solo se cultiva en medios artificiales con yema de huevo. El reservorio es el hombre y la fuente de infección la secreción de las lesiones de personas infectadas.

La transmisión es desconocida pero se supone que es por contacto directo durante el acto sexual. El período de incubación es desconocido, aproximada-

## CAPITULO IV

### 4 GRANULOMA INGUINAL

#### 4.1 Introducción

Enfermedad crónica, poco transmisible, no mortal, de región inguinal, caracterizada por la formación de úlceras. No es de origen necesariamente venéreo que se extiende progresivamente por autoinoculación. Es prevalente en los trópicos y es endémico en individuos de raza negra. Afecta la piel, y mucosas de las áreas genitales externas.

#### 4.2 Etiología

El agente etiológico de éste padecimiento está constituido por los cuerpos de Donovan (Donovania Granulomatis). Son bacilos inmóviles Gram negativos. Se cree que un vector puede ser el piojo corporal. No es patógena para los animales de laboratorio y solo se cultiva en medios artificiales con yema de huevo. El reservorio es el hombre y la fuente de infección la secreción de las lesiones de personas infectadas.

Su transmisión es desconocida pero se supone que es por contacto directo durante el acto sexual. El período de incubación es desconocido, aproximada-

- 4.2 mente entre ocho y ochenta días., es probable que el proceso continúe por debajo de la piel aunque
- 4.3 Patogenia de lenta. Después de la curación. Se ignoran los factores que predisponen a la invasión del germen, pero el padecimiento se encuentra con mayor frecuencia en las personas que viven en promiscuidad sexual y que sufren simultáneamente o tras enfermedades venéreas, y la osteocefalitis, en cuyo caso, puede haber debilidad general, ane-
- 4.4 La lesión primaria, o primera fase es una pequeña mácula que se convierte en una pápula y finalmente en una úlcera serpiginosa de bordes netos, exuberante, indolora, rojizo, de base granulosa, que sangra fácilmente con los traumatismos. La base de la úlcera se halla cubierta por un abundante tejido de granulación con considerable proliferación epitelial. El padecimiento es crónico y las úlceras crecen poco a poco con tendencia a confluir.

No hay absceso pero al microscopio se hallan pequeñas áreas necróticas. La lesión aparece en la región génito crural o génito anal, por lo común sin afectar el pene; puede obstruirse la circulación linfática, lo que conduce al edema y a la elefantiasis de los genitales, parecido a la causada por el linfogranuloma venéreo.

4.5 Si las lesiones inguinales curan, es probable que el proceso continúe por debajo de la piel aunque se extiende lentamente. Después de la curación se pueden quedar cicatrices y deformaciones permanentes. Por de un diez por ciento de las lesiones curadas pueden presentar recurrencia al cabo de varios meses. En algunas ocasiones, el padecimiento produce síntomas del tipo de la artritis y la osteomielitis, en cuyo caso, puede haber debilidad general, anemia y desnutrición; puede ocasionar la muerte. La dosis de estreptomicina es de dos gramos al día.

#### 4.4 Diagnóstico once días.

##### 4.4.1 Clínico

Se puede hacer un diagnóstico de presunción por el aspecto y localización de las lesiones típicas pero el diagnóstico se basa en encontrar los cuerpos de Donovan por laboratorio.

##### 4.4.2 Laboratorio

La tinción por el método de Wright de los frotis de casos recientes permite ver los cuerpos de Donovan dentro del citoplasma de grandes células mononucleares. Los frotis tienen menos valor en los casos crónicos.

#### 4.5 Tratamiento

### CAPITULO V

Los antibióticos son poco efectivos, con la estreptomomicina los cuerpos de Donovan desaparecen antes de dos semanas, pero la cicatrización es lenta, al rededor de un diez por ciento de las lesiones curadas pueden presentar recurrencia al cabo de varios meses ya que los cuerpos de Donovan pueden resistir por debajo de la masa reepitelizada, por lo cual es necesario continuar el tratamiento.

formación de bubones, úlceras, elefantiasis genital.  
La dosis de estreptomomicina es de dos gramos al día durante quince días.

#### 5.2 Etiología

El agente filtrable del linfogranulosa venéreo es una Bedsonia, tiene forma de pequeños gránulos esféricos o cuerpos elementales, su período de incubación oscila entre unos días y tres semanas. Es predominante en zonas tropicales y en personas de raza negra. El período de transmisibilidad es variable de semanas a años mientras existan lesiones activas.

#### 5.3 Patogenia

A menudo el primer signo de infección es la inflamación y supuración de los ganglios linfáticos inguinales, algunas veces puede aparecer inicialmente



una pápula herpética de pequeño tamaño no dolorosa, generalmente localizada en el surco coronal, o una erosión de la vulva o la vagina, y no es raro que debido a su insignificancia pase inadvertida al paciente; la lesión cura con rapidez a menos que ocurra una sobreinfección. ulcerativas de la región inguinal, y la presencia de los bubones típicos. Los ganglios linfáticos afectados presentan menor definición que en la sífilis. El proceso puede ser autolimitado aunque generalmente la enfermedad se hace crónica con infección persistente de los ganglios inguinales que presentan reblandecimiento central y supuración que da lugar a la formación de fístulas y de abscesos cutáneos múltiples. Se supone que el virus se disemina a todo el organismo a través de la circulación.

### 5.5 Tratamiento

Después de la lesión inicial, el paciente puede permanecer asintomático durante un período prolongado, pero luego sobrevienen las manifestaciones tardías de la enfermedad, como en la estenosis del recto o la elefantiasis de los genitales.

Para el tratamiento de los bubones, trayectos fístulas. El tipo típico bubón del Linfogranuloma se desarrolla lentamente, es bilateral y aparece como una masa mal definida y lobulada, hay síntomas generales c6

mo cefalalgia, malestar, fiebre y anorexia. (tal y como en la leptospirosis), generalmente no responden al tratamiento.

#### 5.4 Diagnostico que deberan tratarse quirurgicamente.

##### 5.4.1 Clinico

Establece el diagnóstico el aspecto de las lesiones crónicas ulcerativas de la región inguinal, y la presencia de los bubones típicos bilaterales.

##### 5.4.2 Laboratorio

La prueba de fijación del complemento será positiva, y en la infección reciente generalmente de título alto ( 1:80 a 1:640). La prueba de Frei tiene valor limitado ya que solo indica una infección pretérita.

#### 5.5 Tratamiento

Para las manifestaciones tempranas, las sulfamidas como la sulfadiazina en dosis de 4 grs. diarios. Las lesiones desaparecen en un lapso de 2 a 3 semanas.

Para el tratamiento de los bubones, trayectos fistulosos y la proctitis inicial, es útil el empleo de las tetraciclinas ( 500 mgrs. cada seis horas).

Las manifestaciones tardías (estenosis rectal y elefantiasis), generalmente no responden al tratamiento

6. SIFILIS por lo que deberán tratarse quirúrgicamente.

6.1 Introducción: Es una treponematosis recurrente de evolución aguda y crónica que se transmite generalmente por contacto sexual. La sífilis puede causar destrucción tisular e infiltración crónica en casi la totalidad de los órganos de la economía y puede tener manifestaciones clínicas muy variables. Su incidencia ha disminuido considerablemente durante los últimos años.

6.2 Etiología: El *Treponema Pallidum* es un espiroqueta delgada, con espirales espaciadas regularmente. Al microscopio de campo oscuro muestra una movilidad característica, rotando sobre su eje longitudinal con lentos movimientos hacia adelante y hacia atrás. Su período de incubación oscila entre 6 y 90 días. El *Treponema Pallidum* muere rápidamente por la acción del jabón, los antisépticos comunes, la desecación y el calor. No se cultivan en medios artificiales.

6.3 Patogenia: Se caracteriza clínicamente por una lesión primaria

- una erupción de CANÍFALO VI afecta piel y nervios  
largos períodos de latencia y lesiones tardías en
6. SIFILIS piel, huesos, vísceras, Sistema Nervioso Central
- 6.1 Introducción cutáneo; una vez transcurrido el pe-  
Es una trepanomatosis recurrente de evolución agu-  
da y crónica que se transmite generalmente por con-  
tacto sexual. La sífilis puede causar destrucción  
tisular e infiltración crónica en casi la totali-  
dad de los órganos de la economía y suele tener ma-  
nifestaciones clínicas muy variables. Su incidencia  
ha disminuído considerablemente durante los últimos  
años. hallarse cubierta por una costra de color  
gris amarillento que en algunos casos presenta un
- 6.2 Etiología germen o hemorrágico; la base de la is-  
El treponema Pallidum es un espiroqueta delgada,  
con espirales espaciadas regularmente. Al microscopio  
de campo oscuro muestra una movilidad caracte-  
rística, rotando sobre su eje longitudinal con len-  
tos movimientos hacia adelante y hacia atrás. Su  
período de incubación oscila entre 6 y 90 días. El  
Treponema Pallidum muere rápidamente por la acción  
del jabón, los antisépticos comunes, la desecación  
y el calor. No se cultivan en medios artificiales.
- 6.3 Patogenia lento e indolente; no produce dolor y  
Se caracteriza clínicamente por una lesión primaria

una erupción secundaria que afecta piel y nervios largos períodos de latencia y lesiones tardías en la piel, huesos, visceras, Sistema Nervioso Central y aparato circulatorio; una vez transcurrido el período de incubación, aparece un chancro que constituye la lesión sifilítica primaria, y que no produce síntomas subjetivos. Generalmente el chancro es único en el pene pero es posible que aparezcan dos o más chancros en la fase inicial, ésta lesión que aparece en el punto de inoculación es una pápula que se erosiona; la superficie de la erosión puede hallarse cubierta por una costra de color gris amarillento que en algunos casos presenta un aspecto ligeramente hemorrágico; la base de la lesión es lisa, húmeda, limpia y de color rojizo, a la presión puede obtenerse exudado seroso. Los chancros clásicos no sobreinfectados presentan un borde liso y regular, no es ulceración sino erosión cutánea que al curar no deja cicatriz; en tejidos móviles como el prepucio se puede palpar una induración de tipo cartilaginosa resultante de la alteración vascular y de la infiltración linfocitaria a nivel de la base de la lesión.

Su curso es lento e indolente, no produce dolor y en los dos tercios de los casos dan lugar a una in

filtración de los ganglios linfáticos inguinales.

Con la migración de las espiroquetas hacia el organismo, disminuye la reacción local y se produce la cura de la lesión inicial al cabo de unas semanas sin tratamiento.

A nivel del frenillo el chancro puede presentarse como pequeñas erosiones atípicas. Los chancros uretrales pueden confundirse con una uretritis inespecífica; en esta región el chancro solo produce ligero edema a nivel del meato uretral.

La lesión primaria fácilmente detectable en el varón pasa a menudo inadvertida en la mujer, por lo común aparece en labios mayores, monte de venus, clítoris, comisura posterior de la vulva o en la mucosa vaginal. El chancro inicial puede aparecer entre tres o cuatro semanas después de la infección en forma de fisura, abrasión o de un nódulo con una ligera erosión, presentando posteriormente las características de un chancro de Hunter (Ulcera granular de color rojo anaranjado, redondeado u ovalado, con un diámetro de uno a dos centímetros, con bordes bien definidos y una base indurada), ocasionalmente se observan chancros múltiples, especial-

mente en los pliegues labiales.

Si la sífilis se produce en un individuo que presente una infección piógena, las características del chancro pueden variar totalmente sin que resulte posible identificarlo.

La linfadenopatía inguinal aparece lentamente y al cabo de seis semanas de infección se halla bien delimitada. Los ganglios son duros, no dolorosos, y no supurativos, con un tamaño que oscila entre el de una cereza y una nuez.

De cuatro a seis semanas siguientes aparece la lesión cutánea que es una erupción secundaria generalizada, se involuciona el chancro y desaparece, de unas semanas a 12 meses mas tarde.

El aspecto de las lesiones cutáneas de la sífilis secundaria, varía de manera considerable y suele confundirse con otras erupciones de la piel. Comúnmente las lesiones tienen el aspecto de pápulas, maculo-pápulas o pápulas foliculares. En ocasiones aparecen lesiones anulares, pustulosas o de rupia. La humedad, el calor, y la irritación de las superficies ulceradas tienden a modificar las pápulas.

características de la sífilis secundaria que aparecen en dicha zona. Su coalescencia, hipertrofia, maceración y ulceración dan lugar a los condilomas típicos (Pápulas húmedas o verrugas sifilíticas).- Los condilomas son lesiones múltiples, ligeramente elevadas, redondeadas u ovaladas de unos 12 mm de diámetro; no es raro que confluyan y formen acumulaciones con una superficie húmeda, necrótica y ligeramente deprimida. Los condilomas planos pueden cubrir la totalidad de la vulva, perineo, región perianal, cara interna de muslos y nalgas. La prueba Wassermann es positiva. Los condilomas subyacentes y afección a una parte o a la totalidad de la vulva. Es Luego de un estado de latencia clínica que puede durar semanas o años; entre cinco y veinte años - despues hay aparición violenta de lesiones destructivas no infecciosas en la piel, huesos y superficies mucosas. Iritación y elevación de la temperatura local. Los huesos mas atacados son los del cráneo. La sífilis tardía de la piel puede aparecer en forma de pequeñas lesiones no dolorosas o de formas ulceradas. El goma comienza como un tumor subcutáneo, indoloro, que se reblandece gradualmente y se abre hacia la piel dejando escapar un material viscoso y espeso, en estas lesiones la espiroqueta se encuentra muy rara vez. La forma nodular de la sí-



filis tardía consiste en lesiones poco prominentes de color café rojizo que a menudo se fusionan para formar figuras arciformes o serpiginosas.

Las lesiones gomosas también aparecen en la mucosa de la nariz y garganta, produciendo lesiones obstruc-  
6.4 Diagnóstico  
tivas y dolorosas en el paladar y tabique nasal.

#### 6.4.1 Clínico

Los gomas hipertróficas y ulceradas de la vulva que constituyen un signo de sífilis terciaria con poca frecuencia, son masas induradas que se extienden en la profundidad de los tejidos subyacentes y afectan a una parte o a la totalidad de la vulva. Es frecuente la sobreinfección de éstas lesiones terciarias.

En el sistema óseo los síntomas principales son dolor, hipersensibilidad y elevación de la temperatura local.

6.4.2 Laboratorio  
El diagnóstico se hace con el microscopio de campo oscuro, con la presencia de la espiroqueta pálida en el exudado procedente de la lesión primaria, o aspirando a partir de un ganglio linfático.  
nervios propioceptivos en la tabes dorsal.

A nivel del sistema circulatorio la sífilis produce una endarteritis.

Debe tenerse en cuenta que las espiroquetas pueden ser inoculadas directamente en la circulación linfática o sanguínea, a través de pequeñas lesiones cutáneas o de eritema en cercanía del meato urinario sin producir reacción primaria típica.

## 6.4 Diagnóstico

### 6.4.1 Clínico

El diagnóstico clínico se basa en la observación de la lesión primaria típica acompañada del bubón satélite, sin embargo dada la frecuencia de manifestaciones atípicas, el diagnóstico de sífilis primaria no debe basarse en el aspecto del chancro sino que en toda lesión genital debe hacerse exámen en campo oscuro.

### 6.4.2 Laboratorio

El diagnóstico se hace con el microscopio de campo oscuro, con la presencia de la espiroqueta pálida en el exudado procedente de la lesión primaria, o aspirando a partir de un ganglio linfático.

La serología solo es positiva al cabo de varios días o semanas después de la aparición del

chancro. En la sífilis latente son el único método posible para hacer el diagnóstico.

## 7. TRICOMONIASIS

### 7.1 Introducción

La más práctica de todas ha sido la prueba de anticuerpo fluorescente depurado a una dilución 1:200, eliminando el anticuerpo no específico de grupo mediante absorción con material proveniente de la cepa de Reiter de espiroqueta cultivada, que elimina los falsos positivos de reacciones biológicas crónicas, absorción del anticuerpo fluorescente del treponema ( ABS-AFT 200).

### 7.2 Etiología

El agente etiológico es la Tricomona Vaginalis, un protozoo, parásito que se encuentra en un 25 por ciento de todas las pacientes ginecológicas; su reservorio es el hombre y la fuente de infección

### 6.5 Tratamiento

La Penicilina Procaína y la Penicilina G Benzatín han ido sustituyendo el uso de la Penicilina cristalina en solución acuosa, excepto, quizá, en los casos extremadamente graves o en los estadios avanzados de la infección sífilítica. La dosis total mínima efectiva de la Penicilina es de 2.4 millones de Unidades. El aumentar la cantidad total de Penicilina de 2.4 a 9.6 millones de Unidades, vaginal y cervical se puede observar pequeñas heridas mientras dura la inyección.

### 7.3 Patología

La Penicilina Procaína y la Penicilina G Benzatín han ido sustituyendo el uso de la Penicilina cristalina en solución acuosa, excepto, quizá, en los casos extremadamente graves o en los estadios avanzados de la infección sífilítica. La dosis total mínima efectiva de la Penicilina es de 2.4 millones de Unidades. El aumentar la cantidad total de Penicilina de 2.4 a 9.6 millones de Unidades, vaginal y cervical se puede observar pequeñas heridas mientras dura la inyección.

## CAPITULO VII

### 7 TRICOMONIASIS

#### 7.1 Introducción

Enfermedad crónica, común, no mortal, del aparato genitourinario que produce en la mujer una vaginitis y en el hombre rara vez produce síntomas o lesiones visibles.

#### 7.2 Etiología

El agente etiológico es la Tricomona Vaginalis, un protozoo, parásito que se encuentra en un 25 por ciento de todas las pacientes ginecológicas; su reservorio es el hombre y la fuente de infección las secreciones vaginales, uretrales de las pacientes infectadas. Se transmite por contacto sexual con personas contaminadas. Período de incubación de cuatro a veinte días y el período de transmisibilidad mientras dura la infección.

#### 7.3 Patogenia

Produce una vaginitis persistente, en el epitelio vaginal y cervical se puede observar pequeñas hemorragias petequiales que dan el aspecto de fresa.

En la fase aguda de infección aparece también vulvitis que produce congestión vestibular y de la cara interna de los labios menores. Al separar los labios inflamados puede observarse una secreción viscosa burbujeante y de olor característico.

Son síntomas indicativos de tricomoniasis todo aumento de la secreción vaginal, prurito vulvar, toda sensación de quemazón cuando la orina atravieza la zona inflamada, dispareunia.

En el hombre el agente infeccioso vive en la próstata, uretra, y vesículas seminales; a nivel de uretra produce uretritis ligera y ocasionalmente escosor al orinar.

#### 7.4 Diagnóstico

##### 7.4.1 Clínico

Se hace por observación directa del exudado vaginal característico.

##### 7.4.2 Laboratorio

Se hace el diagnóstico observando una gota fresca, no teñida, de la secreción, en la que se encontrarán numerosas tricomonas

móviles.

## 8 07.5 Tratamiento

8.1 Consiste en cuidados de higiene personal y la aplicación local de un preparado apropiado. Es un tratamiento combinado y de pareja. Metronidazol en ovulos y tabletas orales para la mujer, y tabletas orales para el hombre. La dosis para las tabletas es de seis tabletas diarias durante 7 días para el hombre la mujer y de un óvulo dos veces al día para la mujer durante el mismo tiempo.

La uretritis no gonocócica se conoce también como uretritis inespecífica, aunque esta denominación es inapropiada debido a que la uretritis no gonocócica se vuelve específica cuando se aisla o se identifica el agente etiológico. El término de uretritis no gonocócica deberá reservarse para los casos en los cuales no es posible identificar el agente causal.

La uretritis no gonocócica constituye un problema de salud pública por su alto grado de morbilidad.

Las uretritis no gonocócicas casi siempre son

## CAPITULO VIII

### 8 URETRITIS NO GONOCOCICA

#### 8.1 Introducción

La uretritis no gonocócica es la enfermedad venérea registrada en la actualidad con mayor frecuencia. Recientemente se ha postulado la participación del Mycoplasma "T" en la etiología de la uretritis no gonocócica. En un estudio hecho en Caracas se encontró que la uretritis no gonocócica representó el 42.2 por ciento del total de la uretritis infecciosas.

La uretritis no gonocócica se conoce también como uretritis inespecífica, aunque ésta denominación es inapropiada debido a que la uretritis no gonocócica se vuelve específica cuando se aísla o se identifica el agente etiológico. El término de uretritis no gonocócica deberá reservarse para los casos en los cuales no es posible identificar el agente causal.

La uretritis no gonocócica constituye un problema de salud pública por su alto grado de morbilidad.

Las uretritis no gonocócicas casi siempre son

transmitidas por contacto sexual, inferencia que surge del hecho de que su incidencia es muy baja en aquellas personas que no llevan vida sexual activa, a la vez que es mayor en aquellas personas con actividad sexual de tipo liberal.

## 8.2 Etiología

Los Mycoplasmas constituyen un grupo relativamente nuevo y heterogéneo de microorganismos dentro de la patología humana. Inicialmente fueron considerados partículas virales. Recientemente se descubrió que el agente Eaton es el mycoplasma Pneumoniae, responsable de procesos infecciosos a nivel del árbol respiratorio, mientras que el mycoplasma "T" lo es en la esfera genitourinaria; por último, el Mycoplasma Hominis se ha asociado con la sepsis puerperal y abortos.

De las múltiples especies conocidas hasta el momento, únicamente el Mycoplasma Pneumoniae y las pequeñas cepas "T" son patógenas para el hombre, las restantes se consideran saprofitas de las vías respiratorias.

El Mycoplasma "T" en un principio invade la ure-

Los Mycoplasmas son microorganismos de vida ex-



tracelular más pequeños que se conocen. No tienen pared y debido a ello presentan un pleomorfismo acentuado. Crecen en medios sintéticos complejos. La morfología de las colonias tiene apariencia de "huevo estrellado" en algunas especies.

### 8.3 Patogenia

En la adolescencia la presencia de cepas "T" en el aparato genital está en relación directa con el grado de actividad sexual y, definitivamente, la incidencia es menor en mujeres vírgenes.

Aún no ha sido posible explicar el mecanismo íntimo por el cual los Mycoplasmas producen lesiones en el aparato genital. Se ha mencionado la capacidad de adhesión del agente a las células de la mucosa genito-urinaria o bien, a la producción de sustancias tóxicas que llevarían a la destrucción del epitelio con una respuesta inflamatoria aguda o subaguda de la misma, con la consecuente aparición de signos de enfermedad.

### 8.4 Aspectos Clínicos

El Mycoplasma "T" en un principio invade la uretra anterior y después la posterior. La mucosa u

retal muestra zonas de hiperhemia con migración de leucocitos a la uretra. La combinación de leucocitos y células descamativas, da lugar a la secreción uretral que acompaña a la uretritis.

8.7 Puede haber invasión de las glándulas uretrales, de la cripta de Morgagni, e incluso de los conductos secretores y eyaculadores de la próstata. La invasión de éstas glándulas explica la recurrencia y persistencia de la infección en las formas crónica o larvadas, e incluso algunas complicaciones.

8.5 debe distinguirse la uretritis gonocócica de la uretritis no gonocócica debido a que ambas condiciones. El período de incubación de la uretritis no gonocócica es de 3 a 30 días mas prolongado que el de la uretritis gonocócica. Debido a que el inicio de la enfermedad es insidioso, los pacientes no buscan atención médica tan rápidamente como aquellos con gonorrea, lo que dificulta establecer adecuadamente el período de incubación. La uretritis no gonocócica puede presentarse aislada o asociada a una uretritis gonocócica, y persistir después de la erradicación de la infección por Neisseria Gonorrhoeae.

8.6 Es complejo en la uretritis no gonocócica debido. En cierto número de pacientes tratados con penicilina

lina se ha observado la aparición de una uretritis 15 a 20 días después del tratamiento, aislandose cepa "T" en el 30 por ciento de éstos casos.

tetraciclinas. La más recomendable es la doxiciclina.

La disuria puede ser más importante que el grado de secreción uretral. El carácter de la secreción no es específico y no facilita el diagnóstico de la infección; puede ser acuoso mucoso aunque también puede ser copioso, espeso y amarillento.

8.7

Pueden ser locales o generales. Puede haber prurito.

8.5

Diagnóstico es generalmente crónica hasta en 20 %

Se debe distinguir la uretritis gonocócica de la uretritis no gonocócica debido a que ambas condiciones difieren en su etiología, tratamiento, pronóstico y secuelas.

El diagnóstico de laboratorio en la infección por Mycoplasma, se hace cultivando la secreción uretral o la orina centrifugada, también es útil la prueba del colorante que se basa en la capacidad de las cepas "T" para metabolizar úrea y producir amoníaco.

8.6 Tratamiento

Es complejo en la uretritis no gonocócica debido

al gran número de posibles agentes etiológicos. El Mycoplasma se ha encontrado que las mejores concentraciones inhibitorias mínimas se logran con las tetraciclinas. La más recomendable es la doxiciclina a una dosis inicial de 200 mgrs., seguida de 100 mgrs. cada 12 horas durante dos semanas, obteniéndose un 92 por ciento de curación.

### 8.7 Complicaciones

Pueden ser locales o generales. Puede haber prostatovesiculitis generalmente crónica hasta en 20 o 30 por ciento de los casos.

La epididimitis es poco frecuente, dos por ciento de los casos.

Pérdida de la libido, erección incompleta y dolorosa, eyaculación precoz o defectuosa, dolor perineal con irradiación a los testículos o hacia ambos muslos, y depresión exógena.

Protección de la colectividad mediante la supresión de la promiscuidad sexual clandestina, exámenes físicos periódicos, enseñanza de métodos de profilaxis personal que deben aplicarse antes, durante y después de la exposición al contagio.

## CAPITULO IX

### 9 CONTROL Y PROFILAXIS

#### 9.1 Introducción

Teniendo en cuenta la gran incidencia de las enfermedades venéreas que se presenta en los grupos que conforman las Fuerzas Armadas, es de importancia básica la instrucción del personal sobre todos aquellos métodos prácticos que conduzcan a la disminución de dichas enfermedades.

#### 9.2 Medidas Preventivas

Medidas generales para mejorar la educación sanitaria y sexual, preparación para el matrimonio; por medio de charlas periódicas dictadas a un número limitado de miembros, en cada caso, y orientadas de acuerdo al nivel cultural de los participantes logrando de ésta forma mayor confianza y comprensión por parte de ellos.

Protección de la colectividad mediante la supresión de la promiscuidad sexual clandestina, exámen físico periódico, enseñanza de métodos de profilaxis personal que deben aplicarse antes, durante y después de la exposición al contagio.

Debe tenerse cuidado con la eliminación de secre-  
Distribución continua y gratuita en las dependen-  
cias de Sanidad de elementos preservativos, con la  
correspondiente enseñanza sobre su uso.

Entrevista con los pacientes y con los contac-  
Dotación de medios para el diagnóstico y tratamien-  
to precoz, fomento de su uso mediante la educación  
del personal respecto a los síntomas de las enfer-  
medades venéreas y su modo de propagación, así co-  
mo poniendo éstos servicios a la disposición de  
las personas infectadas, independientemente de su  
situación económica. Programas intensivos de loca-  
lización de casos incluyendo entrevistas a los pa-  
cientes, búsqueda de contactos y exámenes en masa  
repetidos, para probar de enfermedad venérea, para  
tener la certeza de que el tratamiento se efectúa.

La importancia que se conceda a los pacientes con  
enfermedades venéreas en la fase transmisible no  
debe ser causa de que se descuida la búsqueda de  
personas hayan pasado éste período, con el fin de  
evitar las recaídas. confianza mutua entre los ser-  
vicios de sanidad de las diferentes Unidades y la

### 9.3 Control del Paciente, Contactos y Medio Ambiente

Notificar a la autoridad Sanitaria local. Evitar  
los contactos sexuales con los contactos anterior-  
res que no han sido sometidos a tratamiento para  
evitar la reinfección.

Debe tenerse cuidado con la eliminación de secreciones de las lesiones abiertas y de los objetos contaminados con las mismas.

9.3

### Ficha Control

Se aconseja como método de control y profilaxis de La entrevista con los pacientes y con los contactos enfermos y sanos del personal de las Fuerzas Militares, la realización de una ficha cualquier programa de control de las enfermedades en la cual se registren los datos clínicos de venéreas.

Se debe hospitalizar a todos los pacientes con diagnóstico probado de enfermedad venérea, para tener la certeza de que el tratamiento se efectúa. El tratamiento antibiótico debe ser de corta duración, con el fin de que se asegure su cumplimiento, y en lo posible por vía parenteral. Se debe fomentar la confianza mutua entre los servicios de sanidad de las diferentes Unidades y la vario preventivas, en las áreas de mayor prevalencia, lograda de esta manera la disminución de enfermedades infecciosas.

A todo individuo que admita actividad homosexual, se le debe realizar muestra de garganta como medio preventivo y de control.

Se debe hospitalizar a todos los pacientes con diagnóstico probado de enfermedad venérea, para tener la certeza de que el tratamiento se efectúa. El tratamiento antibiótico debe ser de corta duración, con el fin de que se asegure su cumplimiento, y en lo posible por vía parenteral. Se debe fomentar la confianza mutua entre los servicios de sanidad de las diferentes Unidades y la vario preventivas, en las áreas de mayor prevalencia, lograda de esta manera la disminución de enfermedades infecciosas.

dad. que faciliten su utilización para los fines enunciados: Nombre del paciente, fecha de nacimiento

### 9.3 Ficha Control

Se aconseja como método de control y profilaxis de las enfermedades venéreas dentro del personal de las Fuerzas Militares, la utilización de una ficha en la cual se registren los datos clínicos básicos sobre enfermedades venéreas para cada uno de los miembros. Dicha ficha que permanecerá en los archivos de los Servicios de Sanidad deberá acompañar al paciente a cada una de las reparticiones a que sea designado.

La ficha proporcionará al Servicio de Sanidad a nivel Nacional la posibilidad de llevar estadísticas en cuanto a número de infecciones, lugar de mayor incidencia, grupo más afectado (Oficiales, Sub-Oficiales, soldados, civiles), para así facilitar a los Servicios Sanitarios la programación de campañas de educación sexual, tratamientos antibióticos masivos y uso de medidas de tipo sanitario preventivas, en las áreas de mayor prevalencia, logrando de ésta manera la disminución de dichas infecciones.

La ficha debe contener los siguientes datos básicos







## INSTRUCCIONES

- 1.- Anote fecha en que se hace el diagnóstico.
- 2.- Nombre del diagnóstico efectuado.
- 3.- Si fué comprobado con laboratorio escriba SI o NO.
- 4.- Marque una X en tipo de contacto infectante así: 1 CONYUGE  
2 AMIGO  
3 DESCONOCIDO
- 5.- Marque con una X si hubo contactos posteriores al infectante.
- 6.- Si utilizó medidas higiénicas preventivas, indíquelas.
- 7.- Anote el tratamiento, dosis diaria, tiempo de duración.
- 8.- Indique SI o NO la certeza de que el tratamiento es efectivo.
- 9.- Escriba el tipo de respuesta: CURATIVA, no CURATIVA.
- 10.- Fecha de controles posteriores al tratamiento.

NOTA: a) En caso de no respuesta anote el tratamiento electivo.

b) Si es una reinfección inicie nuevamente la información.

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Frank, Netter: Sistema Reprodutor, Colección Ciba de ilustraciones, Salvat S.A. II, 1.979
- 2 Harrison : Enfermedades de los Riñones y vías urinarias, Medicina Interna, La Prensa Médica Mexicana 6ª Edición.
3. Stephen J. Kraus, M.D. :Diagnóstico de la Gonorrea, Manuales Pfizer, 1.977
4. Academia Nacional de Medicina, Venezuela: Papel del Mycoplasma en la Uretritis No Gonocócica 1.976
- 5 Control de Enfermedades Transmisibles en el Hombre, Informe de la Organización Mundial de la Salud 1.975.

37377

37377.