

---

## 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  $\beta$  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

**H**ombre 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  $\beta$  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 transporte 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  $\beta$  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.