

# LA LLAMADA GOTA MILITAR CONSECUTIVA, AL TRATAMIENTO PENICILÍNICO DE LA URETRITIS GONOCÓCICA.

## ESTUDIO CITOBACTERIOLÓGICO

Dr. RICARDO MORAGAS GRACIA

Director del Laboratorio Central del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona  
Académico C. de la Real de Medicina

**C**ON la introducción de la penicilina en el tratamiento de la gonococia uretral se ha dado un paso de gigante. Existe un porcentaje de pacientes que se ven libres para siempre del rebelde coco de Neisser. Y esto en pocas horas. Siguiendo las variaciones bacteriológicas de la supuración uretral, se comprueba la rápida disolución, hora a hora, del gonococo. Primero parece hincharse, absorber con dificultad el colorante, y luego autolizarse rápidamente, de manera que a las doce horas, muchas veces ya no podemos descubrirlo.

La supuración en las horas y días consecutivos se hace completamente aséptica y se diluye a ojos vistas. Persiste durante dos o tres días, y al final sólo es posible comprobar una gota al empezar el día, si previamente el paciente se ha abstenido de orinar. En este momento en el flujo uretral sólo se encuentran polinucleares neutrófilos y células epiteliales de la uretra en proporción aproximadamente igual. Luego sigue un período en que sólo aparece un poco de mucosidad, con predominio ya francamente de células epiteliales, hasta que al fin desaparece del todo el flujo, quedando el paciente como antes de sufrir la infección.

Pero otras veces, a pesar de la correcta utilización de la penicilina (25.000 U. O. cada tres horas en ocho inyecciones seguidas, o sea 200.000 U. O.), la gota matinal queda ya definitivamente instalada. No se modifica por el uso de lavados antisépticos, anteriores y posteriores de la uretra, ni acusa ninguna mejoría cuando se hace un tratamiento contemporáneo o consecutivo con compuestos sulfaminados. Estos casos, que yo reputo como de un 10 por 100, son muy rebeldes a todo tratamiento. A los 15 ó 30 días de no sufrir ninguna variación, vemos que el examen microscópico ya se modifica en el sentido de aparecer gérmenes, que, aunque de tipo saprofito, parecen entretener indefinidamente la supuración. Generalmente el bacilo difteroides es el primero en aparecer, siguiendo casi inmediatamente un diplococo Gram positivo, identificable con el diplococcus crassus o pseudomonin-gococo de Jaeger. Los granos son más grandes, de tamaño desigual, y a menudo dentro de una misma aglomeración existen algunos que son Gram negativos. Esto, que ha hecho suponer el cambio gradualmente progresivo del gonococo hacia una forma Gram positiva, como si fuera una modalidad de mayor resistencia, por el cultivo se comprueba no ser cierto, pues las colonias tienen otras características y se desarrolla fácilmente en los medios ordinarios.

Las imágenes citobacteriológicas de los frotis uretrales se suceden por este orden:

1.º En una uretra virgen de toda infección, en el período inicial de la blenorragia, vemos sólo diplococos Gram negativos, casi siempre extracelulares y epitelio y glóbulos de pus en cantidad proporcionalmente igual.

2.º Cuando la supuración es franca y la gota abundante, la mayoría de los gonococos se presentan intraleucocitarios. En este período aparecen los grandes macrófagos que engloban estos gérmenes y parecen digerirlos. Lo contrario pasa con los polinucleares, que se autolizan y sucumben, probablemente debido a la exo y endotoxina que segrega este germen específico.

3.º Vuelven a presentarse los gonococos extracelulares, extraordinariamente aivados por el ciclo intraleucocitario porque han pasado alternando con los que ya han invadido otros glóbulos de pus. En este período puede ya aparecer la

asociación bacteriana debido a la falta de defensa del epitelio uretral, agotado por la infección primaria.

Si administramos una dosis eficiente de penicilina, en cualquiera de estos tres períodos, lo más probable será que esterilizaremos la supuración uretral. Ésta continuará aun por cierto tiempo, pero paulatinamente se irá haciendo escasa, hasta terminar por desaparecer.

Como decíamos antes, existen un cierto número de casos que después de un período casi asintomático empiezan otra vez a supurar, pero en pequeña cantidad y sólo por la mañana. El examen del frotis nos revela un mucus muy abundante en polinucleares y pocas células epiteliales. Sin gonococos intra ni extracelulares, pero ya con asociación bacteriana o, mejor dicho, con concurrencia bacteriana.

Los gérmenes más frecuentes son: bacilos difteroides, cocobacilos Gram positivos, colibacilos, enterococos y a veces estreptococos no hemolíticos de largas cadenas y cocos pequeñísimos. También algunas veces aparecen bacilos finos y tenues, Gram positivos, sin papel patógeno conocido.

¿Estos gérmenes por sí solos son los que entretienen la infección? ¿O estos gérmenes han aparecido porque aun existe un fondo de infección específica que debilita la defensa natural del conducto epitelial?

Nosotros proponemos casi siempre la repetición de la dosis penicilínica para así desechar esta última probabilidad. Caso de fracaso, usar una cura de un compuesto sulfamídico de los menos tóxicos, pero en dosis eficientes, de 8, 7, 6 y 5 gr. diarios. Entonces suspendemos el tratamiento y volvemos a estudiar el flujo uretral.

Y nosotros sospechamos que también existen casos con tendencia a la supuración. En individuos artríticos, con diátesis exudativa, polisártricos, eczematosos y con fenómenos de tipo alérgico, hemos encontrado cierta tendencia a la prolongación de la afección uretral. Uno de ellos, ya cansado de no poder agotar tal gota matutina, que desesperaba al médico que le asistía, confesó que antes de la presente enfermedad ya había observado que algunas veces, especialmente después de libaciones copiosas y coitos prolongados, le aparecía un pequeño flujo por la mañana, que al secarse le producía un pequeño pegamiento de los labios del meato. No se había preocupado porque no existía ningún antecedente de gonococia anterior. Pero que, actualmente, con la fobia de la gota residual y con su carácter aprensivo, todas las mañanas comprobaba con un nerviosismo exagerado si aun existía la fastidiosa gota.

Nosotros creemos que este caso corresponde a una uretritis no específica, de tipo banal, que la infección del gonococo, ya agotada, preparó para que la gota militar se hiciera más persistente y aparente. La imagen microscópica de la gota era la siguiente: escasos polinucleares, predominio de células uretrales y una cantidad extraordinaria de bacterias, como si fuese una gota de un caldo de cultivo. Cocos Gram positivos, cocobacilos de pequeñísimo tamaño, Gram negativos, difteroides, colibacilos y enterococos. El cultivo en agar-ascitis con una gota de sangre humana y dos gotas de un extracto de levadura de cerveza, no dió nada sospechoso de gonococo. Aunque en estos casos es muy difícil la identificación de colonias por la gran concurrencia bacteriana, pese a la dilución grande que verificamos de la misma.

Resumiendo: frente a una gota persistente consecutiva a un tratamiento penicilínico, lo mejor que puede hacerse es reiterar la misma dosis o una mitad de la usada anteriormente. Si este tratamiento fracasa y no modifica para nada el aspecto microscópico de la supuración, verificar un tratamiento sulfamídico de tres a cuatro días dando dosis bien elevadas, con descenso paulatino. O aplicando la técnica de HAMANN (Breslau) de un solo día, con los preparados tiazólicos (hasta 8 comprimidos o más en un día). Si tampoco da buen resultado, vacuoterapia específica o paraespecífica, omnadina, vacuna antitífica, derivados proteicos de leche, etc. O inyecciones intravenosas de hiposulfito o similares, para intentar desensibilizar al organismo. Puede alternarse también con lavados de uretra anterior o vesicales, de diluciones flojas de permanganato o bicloruro de mercurio, y si no, cargarse de paciencia y tratar la parte moral del enfermo, sugestionándole para que abandone su idea fija de la gota que se proyecta constantemente en su pensamiento. Pero, antes, debemos asegurarnos bien de que no existe ninguna lesión

anatómica que entorpezca la marcha hacia la curación (bridas, estenosis cicatriciales, infartos de glándulas periuretrales, etc.). En un caso reciente, por similitud con la medicación usada para tratar la vulvovaginitis infantil gonocócica o pseudo-gonocócica residual, dimos unos comprimidos fuertes de foliculina. Con gran sorpresa desapareció a los pocos días la supuración. ¿Sería debido a la acción congestiva y defensiva de las mucosas que tiene este preparado, usado también contra la úlcera duodenal?

Creemos sería interesante reunir estos casos y comentarlos, para poder establecer el tanto por ciento de frecuencia, y buscar las causas, más o menos remotas, que favorecen esta gota mal llamada *militar*. La constitución, con su variedad de tipos, leptomoso, pícnico (poco favorable), etc. La complejidad, pigmentación y caracteres de raza, podría explicarnos algunas veces esta predisposición. Los caracteres genéticos y fenotípicos, la herencia patológica y la serie de temperamentos artríticos, linfáticos (más favorables), etc., podrían orientarnos sobre el por qué en ciertos individuos se instalan, en forma definitiva, estas exudaciones; ya de un modo primitivo, ya después de haber sufrido el epitelio la acción de una noxa microbiana, o aun simplemente química (casos de lavajes con fines puramente preventivos que provocan esta exudación a veces con carácter eminentemente crónico).