

ACTUALIZACIÓN EN ENTIDADES PATOLÓGICAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Chlamydia

Reynerio Fagundo*

* Departamento de Microbiología, Carpermor, Laboratorio de Referencia Internacional.

Correspondencia:

CARPERMOR, SA de CV, Alfonso Herrera 75,
Col. San Rafael, 06470, México, D.F. Teléfono: 5546-4845 al 54
Fax: 5546-5230
E-mail: arturoterres@hotmail.com

242

Introducción

Originalmente llamada Bedsonia por Sir Samuel Bedson, su naturaleza ha sido controvertida ya que se consideraba un virus por algunos autores y bacteria por otros. Se aisló por primera vez en huevos embrionados en 1957 y algunos años después, en cultivos celulares; actualmente se sabe que Chlamydia es una bacteria y que sólo se parece a los virus en que es un parásito intracelular obligado.

El género Chlamydia contiene tres especies; *C. pneumoniae* que está asociada a enfermedad respiratoria aguda benigna; *C. psittaci*, causa de la psitacosis de las aves, la cual puede ser transmitida al humano; y *C. trachomatis* que es un patógeno exclusivamente humano que causa fundamentalmente infección genital.

Las infecciones genitales causadas por *C. trachomatis* representan las enfermedades de trans-

misión sexual más frecuentes en Estados Unidos. Se calcula que aparecen de 3 a 4 millones de casos cada año. En el hombre, muchos estudios muestran que *C. trachomatis* está implicada en 30% a 50% de las uretritis no gonocócicas, en el 20% al 30% de las uretritis gonocócicas y en el 80% de las uretritis posgonocócicas. Este microorganismo es la causa fundamental de epididimitis en hombres menores de 35 años, siendo responsable de al menos 70% de los casos. En mujeres, la infección genital por *C. trachomatis* puede ser asintomática o puede causar cervicitis mucopurulenta, en cualquier caso puede diseminarse por vía ascendente y causar endometritis, salpingitis y, finalmente, inflamación pélvica.

C. trachomatis también puede causar en adultos infección ocular, linfogranuloma venéreo, proctocolitis hemorrágica, artritis, endocarditis subaguda y peritonitis.

En general las infecciones por *C. trachomatis* producen menos síntomas y signos que las infecciones gonocócicas de los mismos lugares, de hecho, las primeras son a menudo totalmente asintomáticas. Un número cada vez mayor de datos sugieren que muchas infecciones genitales persisten durante meses sin producir síntomas; se considera que estas infecciones leves o asintomáticas pueden, sin embargo, provocar cicatrización tubárica progresiva, causando esterilidad y embarazo ectópico.

La incidencia varía desde 5% a 20% en clínicas ginecológicas, hasta 35% a 65% en contactos de hombres con uretritis. Los estudios en EUA han demostrado que 5% a 25% de las embarazadas tienen infección cervical por *C. trachomatis*; la mitad de los niños expuestos durante el alumbramiento adquirieren la infección, que se caracteriza, en estos casos, por conjuntivitis o neumonía.

En México se notifican prevalencias de *C. trachomatis* de 9% en mujeres que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual, de 18% a 64% en clínicas de esterilidad, 15.5% en embarazadas, un 22% asociado a pérdida de embarazo y 4% en población abierta. Algunos autores informan asociación entre *C. trachomatis* y virus del papiloma humano.

Enfoque diagnóstico de las infecciones genitales por *C. trachomatis*

Hay 4 métodos de laboratorio para confirmar la infección por *C. trachomatis*: examen microscópico directo de muestras de raspado tisular para buscar las inclusiones citoplasmáticas típicas; aislamiento del microorganismo en cultivos celulares; identificación de antígenos o ácidos nucleicos; e identificación de anticuerpos en el suero o secreciones locales. Salvo en la conjuntivitis, el estudio microscópico debe desecharse por su escasa sensibilidad e interpretaciones falsas positivas. Las ce-

pas de *C. trachomatis* son difíciles de cultivar y las pruebas serológicas tienen valor limitado en las infecciones por Chlamydia. Con pocas excepciones, el método más conveniente es la demostración de sus antígenos.

Como *C. trachomatis* es un patógeno intercelular, las muestras adecuadas para su diagnóstico deben contener células epiteliales; en la mujer debe ser una muestra del endocérvix, previa limpieza del orificio externo de residuos y material purulento; en el hombre, debe introducirse el hisopo al menos 2 cm en la uretra, también puede ser el primer chorro de la orina. Para el transporte de las muestras, las exigencias no son rigurosas.

El equipo VIDAS del Laboratorio bioMerieux, Francia es un sistema automatizado para la determinación de antígenos clamidiales por métodos inmunoenzimáticos que procesa la muestra y da los resultados en una hora. El uso de este equipo se ha generalizado en Europa y posteriormente evaluado en importantes centros de EUA, los cuales informan una alta sensibilidad y especificidad.

243

Enfoque terapéutico

Las tetraciclinas, la rifampicina y los macrólidos, en particular la azitromicina, son los antibióticos más eficaces contra estos microorganismos.

Pautas recomendadas

Tetraciclina 500 mg, 4 veces al día durante 7 días.
Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días.
Eritromicina 500 mg, 4 veces al día durante 7 días.
Azitromicina 1 gramo, dosis única.

Se recomienda hacer diagnóstico y tratamiento de la pareja sexual.

En embarazadas se recomienda la eritromicina durante 10 a 14 días; en recién nacidos se recomienda a la dosis de 50 mg/kg/día en 4 subdosis durante dos semanas.

Referencias

1. Devonhire P, Hillman R, Capewell S, Clark BJ. Knowledge of Chlamydia trachomatis genital infection and its consequences in people attending a genitourinary medicine clinic. *Sex Transm Infect* 1999; 75 (6): 409-411.
2. Alvarado C, Garcia A, Castruita DE, Cardosa FJ, Ruiz R. Prevalence of Chlamydia trachomatis infection in registered prostitutes in the city of Durango, Mexico. *Salud Publica Mex* 2000; 42(1): 43-47.
3. Banuelos CA, Deleon I, Hernandez JT, Martinez LA, Akle D, Miranda J, Reyes E. Detection of Chlamydia trachomatis in pregnant women by the Papanicolaou technique, enzime immunoassay and polymerase chain reaction. *Acta Cytol* 2000; 44 (2): 114-123.
4. Borisov I, Shopova E, Mainklard K. The aetiology of infectious cervicitis in women. *Akush Ginekol* 1999; 28 (2): 23-25.
5. Luo M, Zhang L, Xiao Y. The prevalence of Chlamydia trachomatis and Ureaplasma urealyticum cervical infection in infertility women and the observation of therapeutic efficacy. *Human I Ko Ta Hsueh Hsueh Pao* 1998; 23 (5): 444-446.
6. Schacher J, Jones RB, Butler RC, Rice B, Brooks D, Van der Pol B, Gray M, Moncada J. Evaluation of the Vidas Chlamydia test to detect and verify Chlamydia trachomatis in urogenital specimen. *J Clin Microbiol* 1997; 35(8): 2102-2106.