

Infección gonocócica diseminada

Luz Marina Gómez Vargas

Beatriz Orozco Mora

Norma González Tobón

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un hombre de 26 años de edad, inmunocompetente, con infección gonocócica diseminada, quien presentó lesiones en la piel, artritis, tenosinovitis y secreción purulenta por la uretra. El diagnóstico fue confirmado por la observación de diplococos gram negativos intracelulares.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 26 años, sexo masculino, estudiante, con 30 días de evolución de secreción purulenta por la uretra, la cual fue parcialmente tratada; quince días después presentó fiebre, odinofagia, lesiones en la piel, dolor, edema e impotencia funcional en los codos, las rodillas y las manos.

Antecedentes personales: contacto sexual de riesgo.

Al examen físico se encontraron lesiones en la piel tipo pústulas, que rápidamente evolucionaron a úlceras, con costra mielicérica, halo eritematoso perilesional y collarite descamativo, localizadas en ambos antebrazos (Figura 1); además, presentaba edema, eritema en la articulación metacarpofalángica izquierda, intensamente dolorosa, y tenosinovitis en el tendón de Aquiles (Figuras 2,3).



Figura 1: Observamos lesiones tipo pústulas que rápidamente evolucionaron a úlceras superficiales, con costra mielicérica, halo eritematoso perilesional y collarite descamativo, en antebrazo.

Norma González Tobón, RII Dermatología, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Luz Marina Gómez Vargas, Dermatóloga Docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Beatriz Orozco Mora, Dermatóloga Docente, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín.

Correspondencia: Norma González Tobón. Calle 75 Sur No. 34-270 casa 109. Tel.: 378 2565. Email normanchepe@epm.net.co

Infeción gonocócica diseminada



Figuras 2, 3: Observamos edema, eritema y collarete desca-mativo a nivel de la articulación metacarpo falángica del ín-dice izquierdo.

Exámenes de laboratorio:

VIH: negativo. Hemocultivos: negativos. Pcr: 16.3. VDRL: negativo. Leucocitos: 21.300.

Cultivo de Thayer Martin de la secreción de uretra: fue negativo.

En el gram de secreción uretral se observaron bacilos gram negativos.

El directo de secreción purulenta de líquido sinovial mostró leucocitos abundantes y en el gram se observaron diplococos gram negativos intracelulares.

Con el contacto sexual de riesgo, asociado con las lesiones de piel, artritis, tenosinovitis, fiebre, faringitis y el hallazgo de diplococos gram negativos intracelulares se hace el diagnóstico de infección gonocócica diseminada.

Recibió tratamiento con penicilina cristalina IV cada 6 horas durante 48 horas sin presentar ninguna mejoría. Dada la alta resistencia del gonococo a la penicilina, se decide cambiar a ceftriaxona y doxiciclina, con lo cual presenta mejoría de los síntomas y de las lesiones.

DISCUSIÓN

La infección gonocócica diseminada se presenta en el 1% al 3% de los pacientes con gonorrea.^{1,3,4} Es el resultado de la diseminación de una infección inicial en las mucosas, favorecida por factores del huésped y la virulencia de la bacteria.²

La diseminación es más frecuente en las mujeres, puesto que en ellas la infección primaria usualmente es asintomática y por lo tanto no es tratada; además, la diseminación bacteriana se ha asociado con la menstruación, el embarazo, las cirugías pélvicas y los dispositivos intrauterinos.^{1,2}

Se han identificado varios componentes de la pared celular del gonococo como los oligoliposacáridos, los peptidoglicanos y la proteasa, involucrados en la virulencia de la bacteria.²

La infección gonocócica diseminada se ha dividido en dos formas: la bacterémica y la supurativa.

La bacteremia se manifiesta por tenosinovitis, lesiones en la piel y síntomas sistémicos como fiebre y escalofrío; los hemocultivos son positivos en el 50% de los casos y la artritis puede estar presente, pero los cultivos del líquido sinovial generalmente son negativos.

En la forma supurativa la artritis es la característica más común, y el cultivo del líquido sinovial puede ser positivo,

Infección gonocócica diseminada

pero los hemocultivos son negativos. Estas dos formas de presentación pueden coincidir.² La artritis ocurre en el 86% de los pacientes con gonococemia diseminada y las lesiones cutáneas se presentan en el 60%. La coexistencia de estas dos manifestaciones es conocida como el síndrome artritis-dermatitis aguda.

La diseminación típicamente se desarrolla entre dos a tres semanas luego de la infección primaria, y en este momento los síntomas genitourinarios son infrecuentes.^{1,3}

Las lesiones de piel tienden a ser acrales y ocasionalmente en el tronco; no son comunes en las palmas ni en las plantas, son poco numerosas y se caracterizan por ser lesiones tipo pústulas necróticas, pero también se pueden presentar máculas, pápulas, pústulas y vesículas hemorrágicas o petequias.^{1,2}

Además de las lesiones en la piel también se observan poliartalgias, fiebre, escalofrío, tenosinovitis y monoartritis y, menos frecuente, poliartrosis.^{2,4}

El diagnóstico puede establecerse por cultivos de piel, de líquido sinovial o hemocultivos, aunque el cultivo de líquido sinovial sólo en el 50% de los casos es positivo, el de lesiones de piel es negativo en la mayoría, sólo el 30% de

los hemocultivos son positivos. Un gram de una lesión de piel es considerado diagnóstico.

En la gran mayoría de los pacientes el diagnóstico se hace indirectamente realizando un cultivo positivo del tracto genitourinario en asociación con síntomas de diseminación; un diagnóstico presuntivo de infección gonocócica diseminada se realiza con una prueba clínica clásica y la rápida respuesta a una apropiada antibioticoterapia.^{2,3}

Dada la gran resistencia de la *Neisseria gonorrhoeae* a la penicilina, el antibiótico recomendado es una cefalosporina, como la ceftriaxona; simultáneamente se debe dar doxiciclina por la alta frecuencia de coinfección con *Chlamydia*, hasta la mejoría y siempre se debe realizar tratamiento a la pareja sexual.^{2,4}

SUMMARY

A 26 year-old man with disseminated gonococcal infection, who had skin lesion, arthritis, tenosynovitis and purulent urethritis. The diagnosis was confirmed by the observation of gram negative diplococci.

Palabras clave: infección gonocócica diseminada, *Neisseria gonorrhoeae*, diplococos gram negativos.

Bibliografía

1. Mehrany K, Kilt J, O'Connor W, *et al.* Disseminated gonococemia. *Int J Dermatol.* 2003; 42(3):208-209.
2. Cohem M. Gonococcal arthritis. *Bull Rheum Dis.* 1998; 47(1):4-6.
3. Brown T, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted. Part I. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41(4).
4. Brady R, Schleiss M, Glass D. Index of suspicion. Case 1. *Neisseria gonorrhoeae.* *Pediatr Rev.* 2000; 21(4):139-141.