

Artritis gonocócica atípica

B. Mirón Domínguez¹, E. Romero Pijoan¹, A. Endemaño Lucio¹, E. Franz Lacomba², A. Coloma Conde², J. M. Sales Pérez¹
 Servicio de cirugía ortopédica y traumatología¹, y servicio de medicina interna del Hospital Moisès Broggi², Consorci sanitari integral, Sant Joan Despí, Barcelona, España

Introducción

El gonococo es la segunda causa más frecuente de artritis séptica, por detrás del *St. aureus*, en el paciente joven sexualmente activo. La transmisión suele ser por contacto sexual directo y cursa típicamente con uretritis o cervicitis mucopurulenta, por lo que la sospecha diagnóstica clínico-analítica aparece con ellas. Desde ahí, la gonorrea puede evolucionar a Infección Gonocócica Diseminada (IGD): Tríada típica de dermatitis, tenosinovitis y poliartritis reactiva asimétrica. Esto ocurre únicamente, en el 0,5% de la población. Sin embargo, la infección asintomática, puede preceder en días o meses al desarrollo de la IGD, y esto es hasta 4 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La aparición posterior de artritis séptica suele darse hasta en un 42%-85% de los casos, una vez sucede esto.

Teniendo en cuenta lo anterior, la artritis séptica sin manifestaciones cutáneas o tenosinovitis previa es, no obstante, muy poco frecuente como clínica inicial. Cabe destacar, que las articulaciones más frecuentemente afectadas son la rodilla, la muñeca y el tobillo, según se describe en la literatura.

En pacientes con IGD y artritis gonocócica, el cultivo de la bacteria es mucho mayor en la mucosa que en el líquido sinovial o en sangre, con valor predictivo positivo mayor en mujeres.

El tratamiento fundamental es ceftriaxona, siendo la alternativa en casos refractarios el desbridamiento quirúrgico.

Objetivos

Presentamos un caso de artritis gonocócica en paciente masculino y con una manifestación clínica atípica, y vía de contagio no habitual.

Material y métodos

Presentamos el caso de un hombre de 20 años, que consulta por omalgia derecha, sin otra clínica previa ni concomitante, que evoluciona a oligoartritis asimétrica en 48 horas. Dado el desarrollo clínico y la anamnesis, es remitido a reumatología con sospecha inicial de artritis inflamatoria. Sin embargo, no respondía a los ciclos de tratamiento para esta enfermedad. Una semana más tarde reconoce prácticas sexuales de riesgo vía oral y comienza con febrícula y empeoramiento funcional del hombro, motivo por el cual se nos consulta para descartar posible artritis infecciosa. Se realiza una artrocentesis, resultando el líquido articular gram - pero con marcadores inflamatorios elevados y leucocitosis. Debido a la no mejoría con tratamiento antibiótico y ya con un cultivo positivo, se decide desbridamiento quirúrgico artroscópico del hombro resultando, con articulación macroscópicamente intacta, como hallazgo intraoperatorio.



Imagen 1. Artroscopia de hombro sano

8 cc líquido purulento
 175376 leucocitos (93% PMN)
 glucosa 54 mg/dL
 proteínas 56 g/L
 No evidencia de microcristales

Fig 1. Resultado artrocentesis

	NORMAL	MECANICO	INFLAMACIÓ N	SEPTICO
PATOLOGIAS		Artrosis Traumatismos Osteonecrosis	AR, LES, EA, FR, Gota y pseudogota	Artritis infecciosas
ASPECTO	Claro amarillento	Claro amarillento hemorrágico	Turbio amarillo	Turbio purulento
pH	7.2-7.8	7.2-7.8	<7	<7
VISCOSIDAD	Alta	Alta	Baja	Baja
GLUCOSA	Similar al plasma	Similar al plasma	Normal o baja	Muy Baja
LEUCOCITOS (leuc/microlitro)	<50	<2.000	2.000-50.000	>50.000
PMN (%)	<25	<30(sobre todo mononucleares)	>50	>75
PROTEINAS (g/dl)	1-5.3	1-5.3	>2.5	>3

Fig 2. Diagnóstico diferencias artrocentesis

Resultados

En las 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico con artroscopia, el paciente se encuentra clínicamente asintomático, afebril y apenas sin dolor, con buen estado general y analítica con parámetros inflamatorios disminuidos. La recuperación funcional del hombro fue casi completa en este período de tiempo.

Durante el seguimiento a los 3 meses en consultas, ya experimentó una movilidad articular *ad integrum*.

	(pre IQ) 31/07/19	(IQ) 09/08/19	(post IQ) 19/08/19
Leucocitos (N%)	8700 (67%)	13500 (80%)	7000 (53%)
PCR	116 mg/L	126mg/L	31mg/L
VSG	76	-	17 (a los meses)
Función hepática	Normal	Alterada (ALT y GGT)	Normal

Fig 3. Evolución de la bioquímica

Conclusión

Se deberían tener en cuenta las enfermedades de transmisión sexual, cuando nos enfrentamos a cualquier tipo de artritis. Esto es especialmente importante en pacientes jóvenes, sexualmente activos, aunque la vía de contagio y la clínica no sean las habituales. Por nuestra experiencia, recomendamos la artroscopia como técnica quirúrgica asociada al tratamiento antibiótico para conservar la integridad articular.

Bibliografía

- 1.- Romiopoulou, I., Pyrasopoulou, A., Varouktsi, A., Simoulidou, E., Kontopoulou, K., Karantani, E., ... Roilides, E. (2016). A Rare Case of Disseminated Pyogenic Gonococcal Infection in an Immunocompetent Woman. *Case Reports in Infectious Diseases*, 2016, 1-4. <https://doi.org/10.1155/2016/9629761>
- 2.- Thomas, S. B., Unglaub, F., Dragu, A., Gessner, A., & Horch, R. E. (2009). An unusual case of gonococcal arthritis of the finger. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 129(10), 1335-1338. <https://doi.org/10.1007/s00402-008-0727-2>
- 3.- Rozman, C & Cardellach, F. (2012). *Medicina Interna*. Barcelona: S.A Elsevier España.

