

Artritis séptica por meningococo. Comunicación de un caso de presentación atípica

Juan Ramón de Dios, Ana Julia López de Goikoetxea y Juan Carlos Vesga

Servicio de Reumatología. Hospital de Txagorritxu. Vitoria. Álava. España.

Presentamos el caso de un paciente de 73 años con monoartritis séptica de rodilla izquierda por *Neisseria meningitidis* serogrupo B, sin traumatismo previo, fiebre, cefalea ni síntomas meníngeos. El paciente no presentaba factores de riesgo de infección meningocócica. El proceso se resolvió satisfactoriamente y sin secuelas con ceftriaxona vía parenteral durante 2 semanas y, posteriormente, ciprofloxacino vía oral durante un mes.

Palabras clave: *Neisseria meningitidis*. Artritis séptica. Meningococo.

Septic Arthritis Due to Meningococcus. Report an Atypical Case Presentation

We have observed the case of a 73-years-old man with a septic monoarthritis affecting the left knee due to *Neisseria meningitidis* serogroup B, without previous traumatism, fever, headache or meningeal symptoms. The patient didn't present risk factors of meningococcal infection. The infection was resolved satisfactorily with parenteral ceftriaxone during 2 weeks and oral ciprofloxacin during 1 month.

Key words: *Neisseria meningitidis*. Septic arthritis. Meningococcus.

Introducción

La artritis séptica por meningococo es una rara manifestación de la infección meningocócica. Predomina en niños dado el bajo título de anticuerpos contra el meningococo durante los primeros 2 años de vida. En au-

sencia de meningitis o meningocemia es poco frecuente, ya que se aísla en el líquido sinovial en el 1% de las artritis sépticas¹. La respuesta al tratamiento antibiótico adecuado es lenta pero satisfactoria.

En este artículo se expone el caso de un paciente de 73 años con una monoartritis séptica de la rodilla izquierda por meningococo; destaca la rareza de la etiología dentro del grupo de las artritis sépticas, lo tardío en la edad de aparición, lo atípico de la forma de presentación y la buena evolución con tratamiento domiciliario.

Caso clínico

Varón de 73 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a consultas externas de reumatología por gonalgia inflamatoria bilateral de 3 meses de evolución, sin traumatismo previo. Antes de acudir a consultas de reumatología había sido tratado con antiinflamatorios no esteroideos y esteroides a dosis bajas, sin experimentar ninguna mejoría. No tenía fiebre, cefalea ni fotofobia.

La exploración física fue anodina salvo genu varo y mínimo derrame en la rodilla izquierda. No presentaba lesiones cutáneas ni adenopatías. La exploración neurológica resultó normal.

Se realiza artrocentesis de la rodilla izquierda con extracción de 3 ml de líquido inflamatorio que se remite a cultivo.

El estudio analítico revela: VSG, 108; PCR, 101,6; anemia normocítica normocrómica con hemoglobina de 10,1 g/dl; 535.000 plaquetas y 10.300 leucocitos.

Los demás análisis (bioquímica, orina, complemento, coagulación, proteinograma, FR, anti-CCP, inmunoglobulinas, TSH, ANA, anti-ADN, ENA, cardiolipina y ANCA) fueron normales o negativos.

El estudio radiológico mostraba un aumento de partes blandas en la rodilla izquierda, sin lesiones óseas ni articulares.

El cultivo del líquido sinovial fue positivo a *Neisseria meningitidis* serogrupo B, sensible a ceftriaxona y ciprofloxacino.

Se inició tratamiento domiciliario, por decisión del paciente, con ceftriaxona parenteral a dosis de 2 g/12 h durante 2 semanas, 2 g diarios durante 2 semanas y posteriormente ciprofloxacino vía oral 750 mg/12 h du-

Correspondencia: Dr. J.R. de Dios.
Servicio de Reumatología. Hospital de Txagorritxu.
José de Atxotegui, s/n. 01009 Álava. España.
Correo electrónico: juanramon.dediosjimenezdeaberastur@osakidetza.net

Manuscrito recibido el 12-1-2007 y aceptado el 25-4-2007.

rante 1 mes, con resolución clínica y completa normalización de los reactantes de fase aguda.

Discusión

Neisseria meningitidis es una bacteria gramnegativa aeróbica inmóvil, no esporulada, usualmente encapsulada y con fimbrias, de gran patogenicidad y virulencia. Existen 13 serogrupos dependiendo de la reactividad inmunológica de su polisacárido capsular. Los serogrupos que con más frecuencia causan las artritis sépticas son el C (36%), el B (30%), el W135 (13%) y raramente el A.

La transmisión se produce por exposición a un enfermo o portador sano que alojan la bacteria en la nasofaringe, mediante gotas de secreciones orofaríngeas y respiratorias que contienen meningococo y, en ocasiones, directamente por la saliva.

Los factores de transmisibilidad identificados son el tabaquismo activo o pasivo, las infecciones virales del tracto respiratorio superior y las épocas de sequía o hacinamiento.

Los factores de patogenicidad incluyen los daños en la mucosa nasofaríngea de portadores, cepas virulentas con formación de cápsula, ausencia de anticuerpos bactericidas y deficiencias del sistema del complemento.

Los mecanismos patogénicos de la artritis por meningococo pueden ser invasión bacteriana directa del líquido sinovial, reacción de hipersensibilidad por depósitos de inmunocomplejos, hemartrosis por coagulación intravascular diseminada que aparece en la meningococemia fulminante y la iatrogenia¹⁻⁴.

Los factores predisponentes a la enfermedad meningocócica incluyen la esplenectomía o asplenia funcional, la deficiencia de properdina⁵ y del componente terminal de la cascada del complemento y probablemente la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana⁶.

El meningococo puede producir dos tipos de artritis:

1. Una artritis estéril aguda, en el 10% de la enfermedad meningocócica sistémica, de etiología autoinmunitaria por anticuerpos contra el polisacárido capsular bacteriano, que forman inmunocomplejos no solubles⁷. Suele asociarse a erupción, artralgiyas y cultivos negativos⁸⁻¹⁰.

2. Una artritis séptica por meningococo que aparece en el 1,6-16% de los casos como manifestación de la infección meningocócica. Es más frecuente en niños (50%) que en adultos (11%)^{8,10-12} debido al bajo título de anticuerpos contra el meningococo durante los primeros 2 años de vida. En ausencia de meningitis o meningococemia es poco frecuente, ya que se aísla en el líquido sinovial en el 1% de las artritis sépticas¹. Esta artritis meningocócica primaria cursa con afección de las vías respiratorias superiores en el 50% de los casos, un 30% presenta exantema

maculopapular, es poliarticular en el 30% de los casos y monoarticular en el 50%. Afecta a grandes articulaciones (rodilla en el 60% de los casos, como en el caso que se describe)^{1,13}. El cultivo del líquido sinovial es positivo en el 90% de los casos, los hemocultivos en el 40% y el cultivo faríngeo en el 30%⁴. La respuesta al tratamiento es lenta pero de buen pronóstico, aunque sin antibioterapia y drenaje articular, la infección puede destruir rápidamente la articulación¹⁴. En este caso, dada la excelente respuesta al tratamiento antibiótico, y probablemente por la poca virulencia de esta cepa, no precisó de drenaje quirúrgico ni lavados articulares.

Conclusiones

La artritis séptica es una rara manifestación de la enfermedad por meningococo, en ausencia de meningitis o meningococemia, y una inusual causa de artritis séptica. En este caso destacamos que el paciente no presentó fiebre ni clínica de afección meníngea, la inusual edad de presentación, la ausencia de factores de riesgo de infección meningocócica y la excelente respuesta al tratamiento antibiótico, realizado en atención domiciliaria por decisión del paciente, que, a pesar del retraso diagnóstico (3 meses), se recuperó sin ninguna secuela clínica ni radiológica, lo que indicaría que se trataba de una cepa poco virulenta.

Bibliografía

- Schaad UB. Arthritis in disease due to *Neisseria meningitidis*. Rev Infect Dis. 1980;2:880-8.
- Wells M. Primary meningococcal arthritis: Case report and review of the literature. Military Medicine. 1997;162:769-72.
- Hernández A, Echániz A, Freire M, Atanes A, Graña J, Méndez MJ, et al. Artritis meningocócica primaria: dos casos en adultos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1999;5:249-50.
- Dillon M, Nourse C, Dowling F, Deasy P, Butler K. Primary meningococcal arthritis. Pediatr Infect Dis J. 1997;16:331-2.
- Rottem M, Shiloach E, Schlezinger M. Properdin deficiency: Rare presentation with meningococcal osteomyelitis and arthritis. J Allergy Clin Immunol. 1996;97:402.
- Almeida L, Franco C, Pérez LF, Santos JI. Enfermedad por meningococo, *Neisseria meningitidis*: perspectiva epidemiológica, clínica y preventiva. Salud Pública Méx. v. 46, n 5. Cuernavaca sep/oct. 2004.
- Jurado R, Agudelo-R CA. Artritis por *Neisseria*. Tratado de reumatología. Volumen II, cap 8-2. Madrid: Arán. p. 1284.
- Jarret MP, Mosses S, Barland P, Miller MH. Articular complications of meningococcal meningitis. Arch Intern Med. 1980;140:1665-6.
- Ferrando NK, Gupta YK, Kothari NK, Weinstein MP. Purulent meningococcal arthritis in an adult. J Med Soc. 1980;77:590.
- Loebl DH. Acute joint infection with *Neisseria meningitidis*: A case of mistaken identity. Milit Med. 1978;143:777.
- Tejero García R, Muñoz Molinero J, Lacasa Díez MJ, Gordillo Urbano R, Franco Álvarez de Luna F, Rodríguez López F. Artritis séptica por *Neisseria meningitidis*. An Med Interna. 2004;21:63-4.
- Likitnukul S, MacCracken GH, Nelson JD. Arthritis in children with bacterial meningitis. Am J Dis Child. 1986;140:424-7.
- Edwards MS, Baker CJ. Complications and sequelae of meningococcal infection in children. J Pediatr. 1981;99:540-5.
- Joyce M, Laing A, Mullet H, Gilmore MF, Cormican M. Isolated septic arthritis: meningococcal infection. J R Soc Med. 2003;96:237-8.