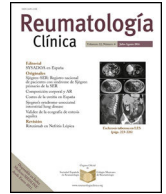




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Caso clínico

Enfermedad gonocócica diseminada en pediatría: reporte de caso y revisión de la literatura

Ana K. Leos-Leija, Rocío C. Calderón-Zamora, Ana V. Villarreal-Treviño, Fernando García-Rodríguez, Manuel E. de La O-Cavazos y Nadina E. Rubio-Pérez*

Departamento de Reumatología Pediátrica, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), Monterrey, Nuevo León, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de marzo de 2023
Aceptado el 14 de junio de 2023
On-line el 4 de diciembre de 2023

Palabras clave:

Gonorrea
Enfermedad gonocócica diseminada
Artritis
Tenosinovitis
Adolescencia

Keywords:

Gonorrhoea
Disseminated gonococcal disease
Arthritis
Tenosynovitis
Adolescence

R E S U M E N

La propagación vía hematógena de *Neisseria gonorrhoeae*, patógeno de transmisión sexual, resulta en una enfermedad gonocócica diseminada (EGD), también conocida como síndrome artritis-dermatitis por el desarrollo de lesiones cutáneas, tenosinovitis y artritis. La población que más frecuentemente se ve afectada es la de adultos jóvenes. Describimos el caso de una adolescente que de forma aguda desarrolló lesiones cutáneas, artritis, tenosinovitis y síntomas constitucionales por EGD. La identificación del agente causal fue por cultivo de secreción vaginal y fue tratada con ceftriaxona intravenosa durante 7 días, con recuperación clínica completa. Es importante diferenciar este cuadro clínico de otros tipos de artritis desarrollados en la adolescencia.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Disseminated gonococcal disease in pediatrics: Case report and review of the literature

A B S T R A C T

Hematogenous spread of *Neisseria gonorrhoeae*, a sexually transmitted pathogen, results in disseminated gonococcal disease (DGD), also known as arthritis-dermatitis syndrome, due to the development of skin lesions, tenosynovitis, and arthritis. The most frequently affected population is young adults. We describe the case of an adolescent female who acutely developed skin lesions, arthritis, tenosynovitis, and constitutional symptoms. The causal agent was identified by a culture of vaginal secretion and treated with ceftriaxone for 7 days with complete recovery. It is important to differentiate this clinical picture from other types of arthritis developed in adolescence.

© 2023 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

Neisseria gonorrhoeae, diplococo gramnegativo, infecta superficies mucosas como la uretra, la faringe, la conjuntiva, el recto y el cérvix, este último de curso asintomático, causando retraso en el diagnóstico en mujeres¹. Se observa principalmente, pero no exclusivamente, en adultos jóvenes sexualmente activos². El aumento de

la resistencia antimicrobiana de *N. gonorrhoeae* observada dentro de la última década ha condicionado el resurgimiento de algunas de sus complicaciones, por lo que es importante identificar sus manifestaciones clínicas de manera temprana³.

La infección local asintomática favorece la propagación a través del torrente sanguíneo, causando enfermedad gonocócica diseminada (EGD) entre el 0,5% y 3% de los pacientes, manifestándose de 2 a 3 semanas posterior a la infección primaria^{1,4}. La EGD presenta alteraciones cutáneas, artritis poliarticular asimétrica y tenosinovitis⁵.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nadinaangel@hotmail.com (N.E. Rubio-Pérez).



Figura 1. Imagen comparativa del tercio distal de ambas extremidades inferiores donde observamos tobillo y pie derechos con aumento de volumen mal definido.

Observación clínica

Paciente mujer de 14 años, previamente sana, que acude por fiebre y artritis. El inicio de su vida sexual comenzó 9 meses antes, sin protección, y ha tenido 2 parejas sexuales. Hace 5 días que manifiesta con dolor en la 3.^a articulación metacarpofalángica derecha, a la que se agregan la muñeca y el tobillo derechos, además de fiebre. Al ingreso se muestra con incapacidad para la bipedestación y la marcha, artritis en las muñecas y la 2.^o a 5.^o articulaciones metacarpofalángicas, bilateral. El tobillo y pie derechos se observan con aumento de volumen, hiperemia e incremento de calor local, dolor severo al tacto y movilización, que se consideró como celulitis (fig. 1). Exploración ginecológica: vulva eritematosa, edematizada, abundante leucorrea verde espumosa, no fétida y cervicitis periorificial leve.

Estudios de laboratorio con leucocitosis y neutrofilia, proteína C reactiva 10,8 mg/dl y velocidad de sedimentación globular 20 mm/h. Examen general de orina con *Trichomonas* spp. Prueba inmunológica de embarazo, VDRL, anticuerpos anti HIV1/HIV2, hepatitis B y C negativos; cultivo de exudado vaginal con *Neisseria gonorrhoeae*, hemocultivo negativo. Ecografía de tejidos blandos de tobillo derecho con tenosinovitis tibial posterior y extensor largo del primer orjejo por proceso inflamatorio de tejidos blandos. Se trata con metronidazol y ceftriaxona por 7 días. Durante los primeros días posteriores al inicio de antibioticoterapia presenta mejoría clínica que le permite deambular, se resuelve la artritis de manos y muñecas y mejora la tenosinovitis.

Discusión

Presentamos un caso clínico representativo de EGD, con artritis y tenosinovitis severa, reportando en la literatura su presencia en el 86% de los pacientes⁶. Sin duda, el mensaje principal de este caso es que refleja la importancia de interrogar sobre la actividad sexual, el número de compañeros sexuales y el uso de métodos de

barrera al tratar adolescentes con artritis, tenosinovitis y síntomas constitucionales como fiebre y malestar general⁷.

La presentación clínica de EGD incluye artralgiás de una o más articulaciones (rodillas, muñecas, codos y tobillos), acompañada de fiebre, escalofríos, cervicitis y alteraciones cutáneas⁸. La afección cutánea engloba lesiones pápulo-pustulosas, vesículas o bullas hemorrágicas, por formación de microabscesos con embolización bacteriana en la piel⁹. También se han reportado petequias, púrpura, eritema nodoso, celulitis y vasculitis¹. En nuestra paciente describimos la presencia de celulitis como afección cutánea.

El cultivo endocervical o vaginal en mujeres y uretral en hombres son el estándar de oro para el aislamiento de *N. gonorrhoeae* y determinación de susceptibilidad antimicrobiana. En EGD debemos realizar cultivos de sangre y de otros sitios afectados para ampliar las posibilidades de aislamiento^{1,10}. En este caso solo se detectó el agente en la secreción vaginal.

El tratamiento recomendado por los CDC de 2021 incluye 1 g. de ceftriaxona intramuscular/intravenoso al día o cefotaxima 1 g intravenosa cada 8 horas y cambiar a un régimen oral según la susceptibilidad antimicrobiana, después de 24 a 48 horas de mejoría clínica, por un total de 7 días³.

Conclusiones

La EGD es una presentación poco común de infección gonocócica, pero es importante diferenciarla de otras formas de artritis en adolescentes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Beatrous SV, Grisoli SB, Riahi RR, Matherne RJ, Matherne RJ. Cutaneous manifestations of disseminated gonococemia. *Dermatol Online J* [Internet]. 2017;23. <https://doi.org/10.5070/d3231033674>
2. Angulo JM, Espinoza LR. Gonococcal arthritis. *Compr Ther*. 1999;25:155–62.
3. Walensky RP, Jernigan DB, Bunnell R, Layden J, Kent CK, Gottardy AJ, et al. Morbidity and mortality weekly report sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021 Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board; 2021.
4. Cucurull E, Espinoza LR. Gonococcal arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 1998;24:305–22.
5. Britigan BE, Cohen MS, Sparling PF. Gonococcal infection: a model of molecular pathogenesis. *N Engl J Med*. 1985;312:1683–94. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM198506273122606>.
6. Da Cruz M, Palma NZ, Ferraz RV, Oliveira M, Meireles R. Disseminated gonococcal infection: A case report of arthritis-dermatitis syndrome. *J Med Cases*. 2019;10:312–4.
7. Kreisel KM, Weston EJ, St Cyr SB, Spicknall IH. Estimates of the prevalence and incidence of Chlamydia and Gonorrhea among US men and women, 2018. *Sex Transm Dis*. 2021;48:222–31.
8. Bleich AT, Sheffield JS, Wendel GD Jr, Sigman A, Cunningham FG. Disseminated gonococcal infection in women. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012;119:597–602. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318244eda9>
9. Florez-Pollack S, Mauskar MM. Disseminated gonococcal infection. *N Engl J Med* [Internet]. 2019;380:1565. <https://doi.org/10.1056/NEJM1811120>
10. Burns JE, Graf EH. The brief case: Disseminated *Neisseria gonorrhoeae* in an 18-year-old female. *J Clin Microbiol* [Internet]. 2018;56. <https://doi.org/10.1128/jcm.00932-17>