



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Una causa inesperada de poliartritis

An unexpected cause of polyarthritis

Juan Manuel Gómez-Cerquera^{a,*}, Sandro Herrera-Darias^a y Araceli González-Cuevas^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital General, Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital General, Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España



Descripción clínica del caso

Se trata de un varón de 63 años de edad, con antecedentes médicos de tabaquismo activo e hipertensión arterial en manejo dietético. Consulta por cuadro clínico de 4 días de dolor en las articulaciones de los hombros, los codos, las rodillas y el tobillo izquierdo, asociado a mialgias de predominio proximal en las 4 extremidades y fiebre de 38,2 °C. No presenta síntomas respiratorios, digestivos, genitourinarios ni dermatológicos. No recuerda picaduras de garrapatas ni convive con animales; niega infecciones de transmisión sexual (ITS). En el examen físico se evidencia un aumento de volumen de las articulaciones mencionadas, con calor local y dolor a la palpación con semiología de derrame articular de predominio en la rodilla izquierda; el resto del examen físico no evidenciaba alteraciones. Con el diagnóstico inicial de artritis reactiva vs. artritis por microcristales se ingresa para estudio y manejo sintomático. En los análisis de ingreso destacaba: hemograma con 14.000 leucocitos/mm³, 11.300 neutrófilos, hemoglobina y plaquetas normales, proteína C reactiva 236 mg/L, VSG 79 mm/h, ferritina 376 µg/L. El resto de la analítica, que incluía creatinina, sodio, potasio, calcio, ácido úrico, transaminasas, bilirrubina, fosfatasa alcalina, LDH, creatina-cinasa, TSH y procalcitonina, no evidenciaba alteraciones. El estudio inmunológico revela anticuerpos antinucleares positivos 1/80 con patrón homogéneo, con anticuerpos extractables del núcleo negativos, inmunoglobulinas normales, factor reumatoide negativo y complemento C3-C4, así como CH-50, normales. Las serologías de VIH, hepatitis B y C, y VDRL fueron negativas. Se solicitan radiografías de las articulaciones afectadas, que no evidencian alteraciones.

Evolución

Se inicia tratamiento sintomático con antiinflamatorios no esteroideos, sin mejoría significativa. Se realiza artrocentesis de rodilla izquierda, evidenciando salida de líquido amarillo intenso con

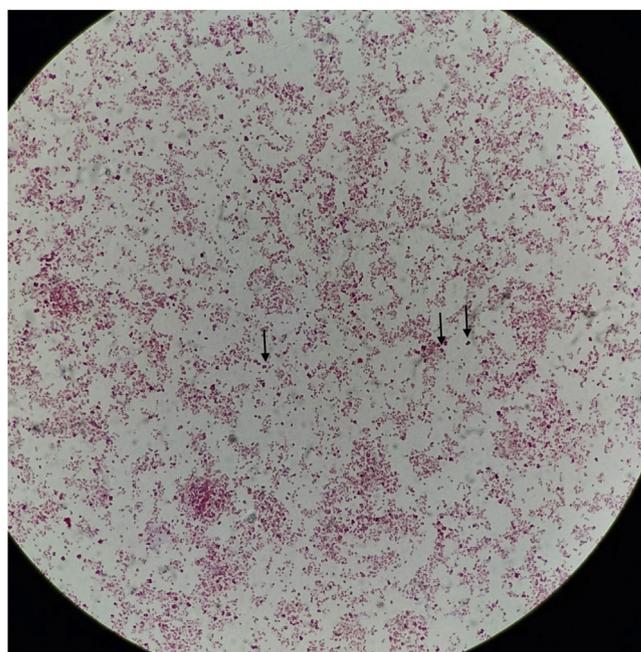


Figura 1. Tinción de Gram que identifica bacterias tipo cocos gramnegativos que se agrupan en pares (diplococos), con apariencia de granos de café (flechas negras).

presencia de 47.641 leucocitos/mm³, 97% neutrófilos, proteínas y glucosa normales, no se observan microcristales. La tinción de Gram revela bacterias gramnegativas que se agrupan en forma de diplococos (fig. 1). Se realizó cultivo en medio líquido (tioglicolato) y posteriormente se subcultivó en agar chocolate, evidenciando a las 24 h crecimiento de colonias que se identificaron por MALDI-TOF, siendo compatibles con *Neisseria gonorrhoeae* (fig. 2), confirmando el diagnóstico de artritis gonocócica. Los hemocultivos y el urocultivo fueron negativos, así como la reacción en cadena de la polimerasa en orina para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*. Se entrevista nuevamente al paciente tras los resultados, confirmando relaciones sexuales de riesgo. Se inicia tratamiento

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmanuel.gomez@sjd.es (J.M. Gómez-Cerquera).

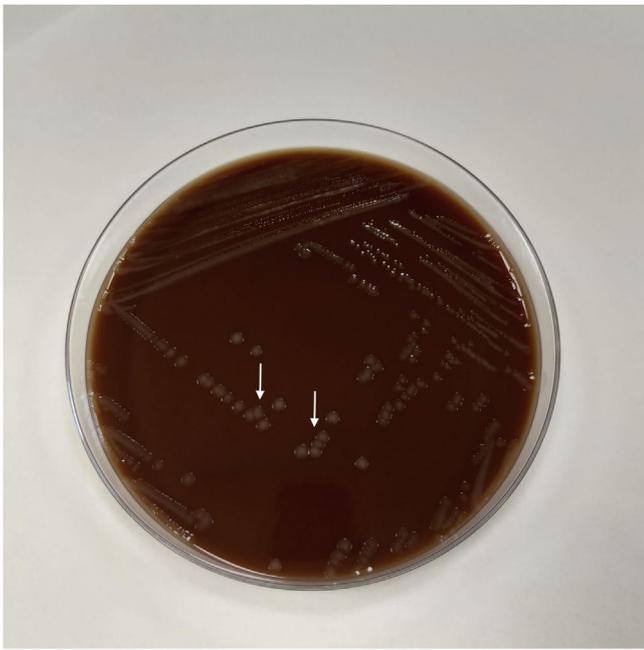


Figura 2. Cultivo de líquido articular en medio de agar chocolate, en el que se observa crecimiento de colonias traslúcidas/grises indicativas de *Neisseria gonorrhoeae* (flechas blancas).

con ceftriaxona 1 g intravenoso cada 24 h por 4 días (se consideró la vía intravenosa por la gran afectación clínica), con gran mejoría, continuando luego con cefixima 400 mg cada 12 h hasta completar 10 días de tratamiento basados en el antibiograma (ceftriaxona y cefixima sensible con CMI < 0,016 µg/mL, sensibilidad intermedia a penicilina con CMI de 0,125 µg/mL y resistencia a ciprofloxacino con CMI de 4 µg/mL). Con este tratamiento remitieron los síntomas y se evidenció una disminución considerable de los parámetros inflamatorios.

Comentario final

La infección por *Neisseria gonorrhoeae* es una de las principales causas de ITS. La infección diseminada es la complicación más habitual y puede presentarse hasta en el 3% de los pacientes que adquieren la infección y que no reciben un tratamiento oportuno^{1–3}.

El mecanismo mediante el cual se produce la infección diseminada consiste en una migración de la bacteria a partir de una infección primaria de la mucosa genital, anal o de orofaringe; en este último caso, la infección primaria suele cursar de forma asintomática hasta en el 90% de los pacientes. Las principales manifestaciones sistémicas de la enfermedad suelen ser las poliartralgias

migratorias, la tenosinovitis y la fiebre, acompañadas en muchas ocasiones de dermatitis, por lo que se suele denominar síndrome artritis-dermatitis^{2,4,5}.

El diagnóstico se establece con el análisis del líquido articular, el cual suele evidenciar un recuento celular entre 10.000 y 50.000/mm³, de predominio polimorfonuclear. En la tinción de Gram, la presencia de cocos que se agrupan en parejas (diplococos gramnegativos) puede orientar el diagnóstico, sin embargo, la identificación final se realiza mediante el cultivo, siendo uno de los más habituales el medio de Thayer-Martin³. Otro método de identificación microbiológica es la reacción en cadena de la polimerasa de muestras de mucosa genital, anal o de orofaringe. El tratamiento debe ser orientado según el antibiograma, aunque *Neisseria gonorrhoeae* suele tener buena sensibilidad a cefalosporinas de tercera generación, como ceftriaxona y cefixima^{6,7}. Sin embargo, es de resaltar que se ha observado un incremento en la resistencia a cefalosporinas de tercera generación, alcanzando tasas de resistencia del 8,7% en Europa durante el periodo 2010-2013. En el año 2016, en España la tasa de resistencia para cefixima fue del 1,6% y para ceftriaxona del 0,2%, mientras que para ciprofloxacino fue del 57,5% y para azitromicina del 4,1%⁸. La duración del tratamiento puede variar entre 7-10 días. El tratamiento de la pareja o los contactos sexuales es indispensable para evitar la reinfección.

El presente caso, además de ser una presentación poco frecuente de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*, evidencia la necesidad de una búsqueda activa de ITS, incluso en ausencia de manifestaciones genitourinarias. En resumen, la artritis gonocócica debe plantearse como diagnóstico diferencial en adultos de cualquier grupo de edad, con poliartritis migratoria y fiebre, principalmente en aquellos en edad sexual activa, con relaciones sexuales de riesgo (sin uso de medios de protección) o ITS previa.

Bibliografía

- Mathew R, Chahin M, Isache C. *Neisseria gonorrhoeae*: An unexpected cause of polyarthritis and meningitis. J Investig Med High Impact Case Rep. 2021;9, <http://dx.doi.org/10.1177/23247096211012194>, 23247096211012194.
- Cucurull E, Espinoza LR. Gonococcal arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 1998;24:305–22, [http://dx.doi.org/10.1016/s0889-857x\(05\)70011-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0889-857x(05)70011-9).
- Bardin T. Gonococcal arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2003;17:201–8, [http://dx.doi.org/10.1016/s1521-6942\(02\)00125-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1521-6942(02)00125-0).
- Mills K, Jadav P. Gonococcal arthritis. J Osteopath Med. 2021;121:243, <http://dx.doi.org/10.7556/jaoa.2020.144>.
- Vidaurrezaga MM, Perlman DC. A case of purulent gonococcal arthritis. IDCases. 2019;19:e00662, <http://dx.doi.org/10.1016/j.idcr.2019.e00662>.
- Zeidler H, Hudson AP. Reactive arthritis update: Spotlight on new and rare infectious agents implicated as pathogens. Curr Rheumatol Rep. 2021;23:53, <http://dx.doi.org/10.1007/s11926-021-01018-6>.
- Unemo M, Seifert HS, Hook EW 3rd, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JR. Gonorrhoea. Nat Rev Dis Primers. 2019;5:79, <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-019-0128-6>.
- Day MJ, Spiteri G, Jacobsson S, Woodford N, Amato-Gauci AJ, Cole MJ, et al. Euro-GASP network. Stably high azithromycin resistance and decreasing ceftriaxone susceptibility in *Neisseria gonorrhoeae* in 25 European countries, 2016. BMC Infect Dis. 2018;18:609, <http://dx.doi.org/10.1186/s12879-018-3528-4>.