



1191 - *NEISSERIA GONORRHOEAE* Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS MÁS ALLÁ DE LA AFECTACIÓN GENITAL: UNA SERIE DE CASOS

Fernando Elgueta Tapia, María Jesús Barberá Gracia, María Josefina López-de Munain López, Mireia de la Peña Trigueros, Federico Morán Cuesta, Marta Copado Bocero, Julen Agirre Castillero e Irene Barroso Benayas

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España.

Resumen

Objetivos: La gonorrea es una infección de transmisión sexual causada por *Neisseria gonorrhoeae*. Su emergente multirresistencia a antimicrobianos representa una gran amenaza para la salud humana. Se estima que en 2020 hubo 82,4 millones de nuevas infecciones en adultos en todo el mundo. Presentamos una serie de casos con el objetivo de ilustrar las diversas manifestaciones clínicas, destacando la importancia de la sospecha clínica en situaciones que no impliquen afectación genital.

Métodos: Descripción de una serie de casos vistos en el servicio de Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas de nuestro hospital.

Resultados: Caso clínico 1: mujer de 17 años. Antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina. Cuatro días de artralgias en rodillas, tobillos y codos. Edema en tobillo izquierdo, fiebre (38,5^o C) y lesiones maculopapulares de coloración roja en plantas y piernas. En analítica sanguínea PCR 143 mg/dL. Hemocultivos y urocultivo negativos. Resonancia magnética (RM) tobillo izquierdo: Celulitis del antepié y sinovitis de los tendones peroneos. PCR exudado faríngeo: *Neisseria gonorrhoeae*. Caso clínico 2: mujer de 17 años, sin antecedentes mórbidos relevantes. Un día de ojo rojo y edema palpebral derechos. Sin dolor ocular. Diagnóstico inicial de conjuntivitis vírica. Al segundo día, quemosis y secreción ocular purulenta por ojo derecho, con pauta de colirio antibiótico (quinolona) más corticoide. Al quinto día, los síntomas persisten asociando adenopatía preauricular derecha dolorosa. Al séptimo día, fiebre 38,1 °C y flujo genital de mal olor. Hemocultivos negativos. PCR secreción ocular, exudado faríngeo y cérvix con aislamiento de *Neisseria gonorrhoeae*. Caso clínico 3. mujer de 41 años. Antecedentes de hepatitis B tratada. Cuatro días de dolor, eritema y edema en muñeca derecha. No traumatismo previo. No fiebre ni afectación del estado general. Limitación de todo el rango de movimiento articular en muñeca derecha por dolor. PCR 51,27 mg/dL, leucocitosis (17,400). Hemocultivos negativos. Artrocentesis con líquido turbio y abundantes leucocitos (40,000). RM de muñeca derecha: hipercaptación sinovial con edema óseo. Cultivo de líquido articular, cérvix y exudado faríngeo: *Neisseria gonorrhoeae*.

Discusión: Los diagnósticos fueron respectivamente infección gonocócica diseminada, conjuntivitis y artritis gonocócicas. En el primer caso antecedente de sexo oral no protegido 8 meses antes del cuadro (portadora asintomática). Los casos 2 y 3 referían prácticas sexuales (sexo oral y vaginal) no protegidas los últimos 3 meses. En España la incidencia de infección gonocócica ha aumentado de forma creciente durante la última década. En nuestro hospital (terciario) la tendencia es similar, con 629 casos en 2023, de entre los cuales se reportó: 0% de resistencias a ceftriaxona, 68% ciprofloxacino, 23% azitromicina y 47% a tetraciclinas. El

porcentaje de reinfecciones a seis meses se ha visto que es de hasta un 17%, por lo que el *rescreening* es mandatorio.

Conclusiones: La infección puede ser de localización genital y también anal y/o faríngea según las prácticas sexuales. Cabe también la posibilidad de afectación ocular causando una conjuntivitis. Y puede también diseminarse por vía hematógena y causar afectación articular o periarticular y cutánea. Una anamnesis dirigida, así como la toma de muestras para diagnóstico de todas las localizaciones con potencial infección son imprescindibles.