

Síndrome artritis-dermatitis aguda por *Neisseria meningitidis*

Sr. Editor: La enfermedad meningocócica se produce por la diseminación hematológica de *Neisseria meningitidis*, comensal habitual de la nasofaringe humana. Entre el 5 y el 20% de los casos de enfermedad meningocócica se produce sepsis meningocócica caracterizada por la aparición brusca de fiebre y exantema purpúrico. El 50% de los casos se acompaña de afectación meníngea y en porcentajes menores el meningococo asienta en otras localizaciones (neumonía, artritis, uretritis, pericarditis, conjuntivitis, otitis media y epiglotitis)¹. Se describe un caso de monoartritis aguda en una paciente con sepsis meningocócica sin meningitis cuyas características clínicas y epidemiológicas dificultan el diagnóstico diferencial con la enfermedad gonocócica diseminada.

Se trataba de una mujer inglesa, de 21 años, caucasiana, que se encontraba de vacaciones en España y acudió al hospital por aparición de lesiones cutáneas y dolor e inflamación de la rodilla izquierda con impotencia funcional de esta extremidad. El cuadro clínico comenzó 48 h antes con artralgiyas de predominio en manos y sensación distérmica, sin otra sintomatología. La joven, heterosexual y con pareja estable, refería varias relaciones sexuales durante la semana previa, todas ellas con preservativo. Negaba el consumo de drogas por vía parenteral u otros antecedentes epidemiológicos. A su llegada presentaba fiebre de 38,5 °C, artritis de rodilla izquierda y púrpura petequeal en extremidades, de

predominio distal y que afectaba a palmas. En algunas lesiones se observaba centro necrótico y halo eritematoso. Se realizó biopsia cutánea para cultivo. La exploración orofaríngea y ginecológica fue normal, y no había signos meníngeos. Se cursaron hemocultivos y se realizó artrocentesis con salida de 35 ml de líquido turbio que mostró 100.000 células nucleadas/ml (neutrófilos, 95%) y ausencia de microorganismos en la tinción de Gram. Se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona. En la analítica destacaba hemoglobina de 11,7 g/dl, 14.600 leucocitos/ml con 80% de neutrófilos, velocidad de sedimentación glubular (VSG) de 49 mm/h y tiempo de protrombina de 46% con gelificación de etanol negativa. La serología para el VIH fue negativa. En el cultivo de líquido sinovial se aisló *N. meningitidis* serogrupo C (API NH bioMérieux, Francia), sin realizarse la detección de antígeno capsular. La identificación del microorganismo se confirmó en el laboratorio de referencia del Instituto de Salud Carlos III de Madrid. El resto de cultivos fueron negativos. El caso se declaró ante los órganos de control sanitario y se administró profilaxis con ciprofloxacino a los posibles contactos. Tras una semana de tratamiento antibiótico en la que precisó una segunda artrocentesis de 60 ml, la artritis se resolvió, las lesiones cutáneas desaparecieron y se normalizaron los parámetros de coagulación. La paciente fue dada de alta y regresó a su país de origen.

La afectación articular por *N. meningitidis*, demostrada desde finales del siglo XIX, presenta tres formas clínicas bien definidas según su aparición en el curso de enfermedad meningocócica aguda, asociada a meningococemia crónica o como artritis séptica primaria², siendo la primera la más frecuente. Schaad³, en 1980, revisó más de 15.000 casos de enfermedad meningocócica aguda, un 7% de los cuales presentaron artritis,

clasificada según su inicio como temprana o tardía. La primera apareció en los primeros 5 días de enfermedad y fue secundaria a la infección de la articulación, y la de inicio tardío fue de aparición posterior y se atribuyó a mecanismos inmunológicos. La artritis de inicio temprano es más frecuente en adultos, monoarticular (rodilla en el 40% de los casos), con el 14-21% de los cultivos de líquido sinovial positivos y se resuelve rápidamente sin secuelas tras el tratamiento antibiótico^{3,4}. Clásicamente, el síndrome de artritis-dermatitis aguda se definió como patrón clínico de infección gonocócica diseminada⁵, aunque la disminución en la incidencia de gonococia diseminada y el cuadro clínico idéntico que se observa en la enfermedad meningocócica dan mayor relevancia a esta última en el diagnóstico diferencial del citado síndrome⁶. Aunque en nuestra paciente el cultivo de biopsia cutánea fue negativo, éste se ha propuesto como método rápido para el diagnóstico de sepsis meningocócica, mostrando mayor sensibilidad que los cultivos de sangre o líquido cefalorraquídeo, incluso tras el inicio del tratamiento antibiótico^{7,8}.

Carlos Jericó, David Gómez, Juana Flores y José María Garcés

Servicio de Medicina Interna. Hospital del Mar. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Rosenstein NE, Perkins BA, Stephens DS, Popovic T, Hughes JM. Meningococcal disease. N Engl J Med 2001;344:1378-88.
2. Hernández A, Echaniz A, Freire M, et al. Artritis meningocócica primaria: dos casos en adultos. Enf Infecc Microbiol Clin 1999;17:249-50.
3. Schaad UB. Arthritis in disease due to *Neisseria meningitidis*. Rev Infect Dis 1980;2:880-8.
4. Merino J, Rodríguez Valverde V, González-Gay MA, Calderón J, Casanueva B. Artritis meningocócica. Formas clínicas y caracteres serológicos en 13 pacientes. Med Clin (Barc) 1986;86: 788-90.
5. Holmes KK, Counts GW, Beaty HN. Disseminated gonococcal infection. Ann Intern Med 1971;74:979-93.
6. Rompalo AM, Hook EW, Roberts PL, Ramsey PG, Hansfield HH, Holmes KK. The acute arthritis-dermatitis syndrome. The changing importance of *Neisseria gonorrhoeae* and *Neisseria meningitidis*. Arch Intern Med 1987;147: 281-3.
7. Van Deuren M, Van Dijke BJ, Koopman RJ, et al. Rapid diagnosis of acute meningococcal infections by needle aspiration or biopsy of skin lesions. BMJ 1993;306:1229-32.
8. Van Deuren M, Meis JF. Meningococcal disease. N Engl J Med 2001;345:699.

Respuestas a las preguntas de formación continuada

- | | |
|-------|--------|
| 1. b; | 6. d; |
| 2. c; | 7. b; |
| 3. d; | 8. a; |
| 4. a; | 9. b; |
| 5. b; | 10. c. |