



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/369 - DOCTOR, ME HAN SALIDO UNAS MANCHAS

E. Fernández Antolín^a, I. González de la Fuente^a, M. Rodríguez Collados^b y E. Gutiérrez Adrián^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^bMédico Residente de 2^º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años con los siguientes antecedentes: alérgico al diclofenaco, fumador de 18 cigarrillos/día, bebedor ocasional, HSH sin pareja estable, infección VHB pasada con inmunización adquirida, artritis reactiva postinfecciosa en 2015. Sigue tratamiento con naproxeno. Consulta por múltiples lesiones en miembros superiores acompañadas de artromialgias y fiebre de 38 °C de dos días de evolución. Refiere disuria sin exudado uretral.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta múltiples lesiones eritematosas maculares por todo el cuerpo, algunas de centro necrótico, cervicalgia, dolor en rodillas, tobillos y hombros sin limitación de la movilidad. Actualmente afebril. Exploración cardiopulmonar y abdominal sin hallazgos patológicos. Sin focalidad neurológica. No lesiones mucosas. Orofaringe sin alteraciones patológicas. En la analítica destacan: leucocitos 13.690, 86,5% neutrófilos, PCR 5,8. Sedimento urinario negativo. Se deriva a Atención Especializada donde le realizan un exudado anal, uretral, nasal y pruebas treponémicas que resultan negativas. Se le extraen hemocultivos donde se obtiene crecimiento de *Neisseria gonorrhoeae*.

Orientación diagnóstica: Paciente con los antecedentes personales descritos que consulta por síndrome febril y aparición de lesiones cutáneas en relación con vasculitis séptica por gonococcemia diseminada. Se inició tratamiento con penicilina por sospecha inicial de lúes secundaria. Se cambió por ceftriaxona y doxiciclina una vez se dispuso del resultado del TPHA negativo, confirmándose posteriormente el aislamiento de *N. gonorrhoeae* en dos hemocultivos. Tras recibir tratamiento se mantiene afebril y las lesiones cutáneas remiten. Se repite nuevo hemocultivo sin obtener crecimiento.

Diagnóstico diferencial: ITS (sífilis secundaria, gonococcemia diseminada...). Síndrome de Sweet. Toxicodermia medicamentosa. Zoonosis (enfermedad de Lyme, Brucelosis...). Lupus eritematoso sistémico y otras conectivopatías. Vasculitis.

Comentario final: La infección gonocócica diseminada es una enfermedad infrecuente en nuestro medio. Ocurre en un 0,5-3% de las infecciones por gonococo. Sin embargo, debemos planteárnosla como posibilidad diagnóstica ante cuadro de fiebre, artromialgias y lesiones cutáneas (máculas, pápulas e incluso nódulos).

Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Fiebre. Artromialgias. Lesiones cutáneas.