



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Gonococia diseminada y gestación

L. Rams Aguilo, M. Vilouta Romero*, B. Couso Cambeiro y E. Álvarez Silvares

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 5 de agosto de 2008; aceptado el 8 de septiembre de 2008

Disponible en Internet el 27 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Gestación;
Gonococia
diseminada;
Meningitis gonocócica

Resumen

Presentamos el caso clínico de una gestante del tercer trimestre con meningitis por *Neisseria gonorrhoeae*, entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico. En nuestro caso sólo se pensó en esta entidad ante el resultado del cultivo de líquido cefalorraquídeo, si bien se había tratado como meningitis bacteriana de forma empírica. Realizamos una revisión de la literatura médica, encontrando pocos casos publicados de esta forma de gonococia diseminada en gestantes.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pregnancy;
Disseminated
gonococcal infection;
Gonococcal
meningitis

Disseminated gonococcal infection and pregnancy

Abstract

We present the case of a woman in the third trimester of pregnancy with *Neisseria gonorrhoeae* meningitis, a highly infrequent entity that is difficult to diagnose. In our patient, we only considered this entity after learning the results of cerebrospinal fluid culture, although the patient had been treated empirically for bacterial meningitis. We review the literature on the topic, which contains few cases of disseminated gonococcal infection in pregnant women.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La gonococia es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) producida por un diplococo aerobio gramnegativo (*Neisseria gonorrhoeae*) descrito por primera vez en 1879 por Neisser¹.

Tiene predilección por los epitelios monoestratificados columnares del tracto genital femenino (cérvis y trompa)². La incidencia real de esta enfermedad es difícil de establecer; actualmente y según los datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, se estima la tasa de gonococia en el año 2006 en 3,6 casos por 100.000 habitantes. El 0,5–3% de las infecciones gonocócicas no tratadas progresan a forma diseminada. Los 2 síndromes que pueden producirse como consecuencia de la diseminación hematogénica son la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marviror@yahoo.es (M. Vilouta Romero).

gonococemia y la artritis gonocócica³. Mucho menos frecuentemente se desarrollan cuadros de meningitis y de endocarditis por esta bacteria.

Presentamos el caso de una paciente que desarrolla meningitis gonocócica durante el tercer trimestre de gestación.

Caso clínico

Paciente de 30 años, gestante de 35 semanas, que acude a nuestro Servicio de Urgencias por un cuadro de cefalea y de fiebre termometrada de 38 °C, de 4 días de evolución, acompañado de congestión nasal y de dolores musculares generalizados, de predominio en miembros inferiores.

Antecedentes personales

Nacida en la República Dominicana, residente desde hace 11 años en España. Pareja estable. Sin alergias conocidas ni otros antecedentes de interés.

Antecedentes obstétricos

Menarquia a los 11 años con ciclos menstruales regulares. Quinta gestación, con 4 abortos espontáneos previos. Embarazo actual controlado en la consulta de alto riesgo por mala historia obstétrica. En su seguimiento destaca la presencia de tricomonas en análisis elemental de orina en los 3 trimestres y desarrollo de diabetes gestacional que precisó tratamiento con insulina por mal control metabólico.

Exploración física

Paciente consciente, orientada y colaboradora. Normotensa y con temperatura de 38 °C. Exploración neurológica normal, sin signos de focalidad, salvo dudosa rigidez de nuca. Dolor generalizado de las extremidades, con fuerza y sensibilidad conservadas. Sin adenopatías cervicales, otalgia ni odinofagia y dolor selectivo a la palpación de senos maxilares. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. No tiene lesiones cutáneas.

Exploración obstétrica

La altura del fondo uterino se corresponde con la amenorrea. En la especuloscopia se visualiza un cérvix eritematoso y leucorrea (no valorable por el tratamiento tópico para tricomonas). No se evidencia sangrado genital o pérdida de líquido. Al tacto, el cérvix está en posición media, blando, borrado (40%) y permeable a un dedo. La presentación es cefálica sobre estrecho superior.

En el registro cardiotocográfico no se objetiva dinámica uterina y la frecuencia cardíaca fetal basal es de 150 lpm.

Se decide ingreso hospitalario solicitando interconsulta al Servicio de Medicina Interna.

El estudio analítico inicial incluye hemograma, bioquímica, sedimento de orina, hemocultivo, urocultivo y cultivos de flujo. Se observa discreta leucocitosis con desviación

izquierda (el 86% de neutrófilos) y sedimento de orina patológico (20–30 leucos/campo, presencia de levaduras y tricomonas). El resto de las pruebas resultan normales.

Ante la sospecha de sinusitis, se inicia tratamiento empírico con ampicilina sin lograr mejoría clínica en las siguientes 48 h, momento en el que se desencadena el trabajo de parto. Se produce el nacimiento por vía vaginal de un varón con buena vitalidad (test de Apgar 9–10) y peso de 2.620 g.

Durante el puerperio inmediato la paciente continúa postrada, con fiebre, cefalea intensa, sensación nauseosa y de giro de objetos, por lo que se realiza tomografía computarizada (TAC) y resonancia magnética (RNM) craneales y punción lumbar.

La TAC craneal revela una pequeña lesión hipodensa a nivel de núcleos de la base derechos.

En la RNM se objetiva una imagen hiperintensa en T2 y *flair* tenuemente hipointensa en las secuencias T1 (compatible con infarto antiguo) en la misma región. Tras la administración de contraste paramagnético, no se visualizan áreas de realce meníngeo ni otras lesiones focales intraparenquimatosas.

El resultado de la punción lumbar es compatible con meningitis bacteriana (leucocitos 640 cel/mm³, con un 75% de polimorfonucleares; glucosa de 7 mg/dl y proteínas de 411 mg/dl), por lo que inicia tratamiento empírico con ceftriaxona intravenoso (2 g/12 h).

El cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) resulta positivo para *N. gonorrhoeae*.

Desde el inicio del tratamiento, la paciente presenta gran mejoría clínica. Tras su estabilización se decide alta y control por la Unidad de Hospitalización a Domicilio.

Se solicitan serologías de ETS, que son negativas.

Se realiza anamnesis detallada a su pareja, que refiere haber tenido un episodio de secreción uretral purulenta tratada por su médico de familia un mes antes.

Discusión

La infección gonocócica diseminada es más frecuente en las mujeres que en los hombres, en una proporción de 4:1. Las infecciones por *N. gonorrhoeae* en la mujer tienden a ser asintomáticas, siendo éste el motivo que aumenta la enfermedad diseminada. La diseminación suele ocurrir en el tercer trimestre del embarazo, favorecida por el incremento fisiológico en la vascularización, y en las mujeres no gestantes coincidiendo con la menstruación. La menstruación anula el efecto del moco cervical y destruye la barrera constituida por el endometrio intacto, además alcaliniza el pH vaginal. Estas condiciones favorecen el crecimiento del diplococo y la progresión del germen^{4,2}.

La infección inicial afecta a la uretra, a las glándulas parauretrales y al cérvix, manifestándose con síntomas mínimos, como polaquiuria y disuria.

Cuando se afecta el endocervix, suele aparecer leucorrea vaginal, de coloración verdosa o amarilloverdosa, que puede irritar los tejidos vulvares³.

Si el gonococo consigue atravesar la barrera cervical, puede afectar por contigüidad a la cavidad uterina, a las trompas y al peritoneo dando lugar a una enfermedad inflamatoria pélvica. Sintomáticamente pueden aparecer

fiebre, náuseas y vómitos con dolor de intensidad variable en hemiabdomen inferior.

En ocasiones, puede ocurrir la extensión desde las trompas a la cápsula hepática originando una perihepatitis aguda o Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis, que se caracteriza por dolor agudo en hipocondrio derecho y signos clínicos de peritonitis, que plantea diagnóstico diferencial con colecistitis, colelitiasis o apendicitis aguda.

Cuando la diseminación ocurre por vía hematógena, se producen 2 síndromes independientes, aunque pueden coexistir: la gonococemia y la artritis gonocócica.

La artritis es la manifestación más común de la infección gonocócica diseminada y se ha estimado que ocurre en un 85% de los casos. La segunda manifestación en frecuencia es la dermatitis (60%)⁵. Además, se han descrito casos de afectaciones menos habituales, como endocarditis y meningitis, que no se engloban en las entidades anteriores y que presentamos en nuestro caso^{3,4}.

Se consideran factores de riesgo para la diseminación de *N. gonorrhoeae*, por parte del microorganismo, la resistencia a la acción bactericida del suero, la serovariedad específica de proteína IA (caracterizada por susceptibilidad a la penicilina que presentan las cepas productoras de infección diseminada) y las diferencias de proteínas de la membrana externa.

Por parte del huésped, son factores de riesgo el sexo femenino, el embarazo, la menstruación, el déficit del complemento y la infección faríngea^{6,7}.

En el caso que se presenta, el factor de riesgo encontrado es el embarazo, que aparece en un 10–40% de los casos recogidos en la literatura médica.

Se considera un caso probado de diseminación hematógena si existe un cultivo positivo de sangre, líquido articular, lesión cutánea u otros lugares estériles⁴. Aunque el cultivo de LCR es la prueba diagnóstica clave para el diagnóstico de las meningitis bacterianas, en este caso se había comenzado el tratamiento antibiótico basándose en la pleocitosis neutrofílica con hipoglucorraquia e hiperproteínorraquia. Los hemocultivos fueron negativos, lo que concuerda con lo referido por otros autores de manera que sólo un 20–50% de los hemocultivos, un 16,7–28% de los cultivos de líquido sinovial y un 28–90% de los cultivos de cérvix resultan positivos en las gonococias diseminadas.

La ceftriaxona es el tratamiento de elección para las infecciones gonocócicas diseminadas. La espectinomicina es una alternativa por considerar en las pacientes alérgicas a los betalactámicos.

En las meningitis gonocócicas se recomienda una dosis de ceftriaxona⁸ 1–2 g/12 h intravenosa durante 10–14 días.

Se debe dar también tratamiento a las parejas sexuales si se produjo contacto sexual dentro de los 60 días previos al

comienzo de la clínica o al diagnóstico. También es recomendable evitar las relaciones hasta completar la terapia y la desaparición total de la sintomatología³.

Es fundamental identificar y tratar a las gestantes con gonorrea, puesto que se ha asociado a un mayor riesgo de partos prematuros, rotura prematura de membranas, recién nacidos de bajo peso e infección puerperal⁸. Por otro lado, el recién nacido puede contaminarse en su paso a través del canal del parto o por la inserción de electrodos fetales para su monitorización. Es menos frecuente el contagio prenatal intraútero o en el posparto. El recién nacido infectado suele debutar con conjuntivitis, que si evoluciona puede producir graves lesiones corneales y ceguera (oftalmia neonatorum). Actualmente en España es una entidad muy poco frecuente gracias a la profilaxis oftálmica rutinaria del recién nacido (con nitrato de plata, tetraciclinas o eritromicina). La infección diseminada grave en el neonato suele presentarse como artritis infecciosa.

Conclusiones

La gonococia diseminada es poco frecuente durante el embarazo, aunque éste es un factor de riesgo para aquélla. Es importante la sospecha clínica en pacientes con sintomatología compatible y que presentan elevado riesgo de ETS, porque un diagnóstico y un tratamiento precoces pueden evitar complicaciones graves, como endocarditis y meningitis.

Bibliografía

1. Phupong V, Sittisomwong T, Wisawasukmongchol W. Disseminated gonococcal infection during pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2005;273:185–6.
2. Blanco Coronado F. Manual de enfermedades de transmisión sexual en la mujer. 1.ª ed. Mérida: Abaco Soluciones Editoriales; 2005.
3. Alpna R. LiMaye: Disseminated gonococcal infection in women. Primary Care Update for OB/GYNS. 2003;10:186–90.
4. Burgis JT, Nawaz 3rd H. Disseminated gonococcal infection in pregnancy presenting as meningitis and dermatitis. Obstet Gynecol. 2006;108:798–801.
5. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. J Am Acad Dermatol. 2000;41: 511–32.
6. Cucurull E, Espinoza LR. Gonococcal arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 1998;24:305–22.
7. Al-Suleiman SA, Grimes EM, Jonas HS. Disseminated gonococcal infections. Obst Gynecol. 1983;61:48–51.
8. Cavenue M, Farris JR, Spalding T, Barnes D, Castaneda Y, Wendel G. Treatment of gonorrhea in pregnancy. Obstet Gynecol. 1993; 81:33–8.