

Poliartritis y lesión cervical de etiología inesperada

Anna Gállego-Rodríguez^{ID}, Javier Ramos-Lázaro^{ID}, Albert Casals-Urquiza^{ID}, Anna Díaz-Prieto^{ID}, Jordi Casademont^{ID}

Servicio de Medicina Interna, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

Recibido: 10/08/2023

Aceptado: 01/02/2024

En línea: 30/04/2024

Citar como: Gállego-Rodríguez A, Ramos-Lázaro J, Casals-Urquiza A, Díaz-Prieto A, Casademont J. Poliartritis y lesión cervical de etiología inesperada. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (abril); 9(1): 17-19. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n1a6>.

Cite this as: Gállego-Rodríguez A, Ramos-Lázaro J, Casals-Urquiza A, Díaz-Prieto A, Casademont J. *Polyarthritis and cervical injury of unexpected etiology*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2024 (April); 9(1): 17-19. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n1a6>.

Autor para correspondencia: Anna Gállego-Rodríguez. agallegor@santpau.cat

Palabras clave

- ▷ Artritis infecciosa
- ▷ Gonorrea

Keywords

- ▷ Infectious arthritis
- ▷ Gonorrhea

Resumen

La poliartritis es un síndrome frecuente en la práctica clínica diaria con muchas posibles etiologías. Aportamos el caso de un paciente con poliartritis con mala evolución clínica y analítica tras inicio de tratamiento corticoideo que planteó el diagnóstico diferencial, fundamentalmente entre las etiologías infecciosa y paraneoplásica.

Abstract

Polyarthritis is a common syndrome in our clinical practice with many possible underlying aetiologies. We analyze the case of a patient with polyarthritis with poor clinical and analytical evolution after starting corticosteroid treatment which raised the differential diagnosis, mainly between infectious and paraneoplastic aetiologies.

Puntos destacados

- ▷ Ante una poliartritis con mala evolución bajo tratamiento corticoideo hay que sospechar etiología paraneoplásica o infecciosa.
- ▷ Si se sospecha de una artritis séptica se deben obtener muestras de sangre para hemocultivos y realizar una artrocentesis para analizar el líquido sinovial.

Introducción

La infección gonocócica diseminada es consecuencia de la diseminación hematogénica del gonococo y se calcula que entre el 0,5% y 3% de las infecciones son producidas por este microorganismo¹. Es más frecuente en pacientes jóvenes de sexo femenino, pero puede desarrollarse a cualquier edad².

Caso clínico

Antecedentes

Varón de 69 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial en tratamiento con doxazosina, valsartán e hidroclorotiazida. Presentaba psoriasis cutánea con sospecha baja de espondiloartropatía psoriásica (sin respuesta a adalimumab, HLA-B27 negativo, pero con resonancia magnética que revelaba

sacroileitis bilateral); depresión en tratamiento y artropatía degenerativa por la que había precisado artrodesis tibio-astragalina y astrágalo-calcánea izquierda en 2016.

Enfermedad actual

Acudió a urgencias por fiebre de 39,5°C el día del inicio de los síntomas y posteriormente presentaba poliartralgias en manos y pies de 10 días de evolución. No refería sintomatología constitucional ni clínica de virosis u otra focalidad infecciosa.

Exploración física

En la exploración física destacaba poliartritis con dolor, edema y eritema en muñecas y tobillos, con balance articular conservado, pero con marcado edema sobre las articulaciones afectadas. El paciente no presentaba disuria, secreción uretral ni lesiones cutáneas, y el resto de la exploración física era compatible con la normalidad.

Pruebas complementarias

Analítica de sangre en urgencias: destacaba proteína C reactiva (PCR) de 432 mg/L (normal <5 mg/L) y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 101 mm/h (normal <10 mm/h), con leucocitosis $11.000 \times 10^9/\text{ml}$ y neutrofilia de

9.700x10⁹/mL. Se indicó artrocentesis del tobillo, pero el paciente la rechazó. Orientado como poliartritis, se inició tratamiento corticoideo con prednisona 30mg/24h en pauta descendente y se programó visita preferente en consultas externas de Reumatología en 10 días.

En consultas externas de Reumatología seguía la clínica y la semiología de poliartritis, por lo que se realizó:

- **Ecografía articular:** tendinosis en los extensores de la mano y edema de tejido subcutáneo, con sinovitis sin señal Doppler.
- **Analítica:** CK de 17 U/L (30-200), PCR 230 mg/L, VSG 70 mm/h, y leucocitosis de 20.000x10⁹/mL con neutrofilia de 18.800x10⁹/mL, autoinmunidad básica (anticuerpos antinucleares o ANA, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo o ANCA, factor reumatoide o FR y anticuerpos antipéptido citrulinado cítrico o CCPs) negativos y niveles de complemento normales: C3 181 mg/100mL (85-193) y C4 26,4 mg/100 mL (15-57).

Se redujo la prednisona a 20mg con pauta descendente y se inició etoricoxib 90 mg/día. Se solicitó PET-TC-18-FDG (tomografía por emisión de positrones con tomografía computerizada) donde se evidenció una lesión en C5 además de la poliartritis (figura 1).

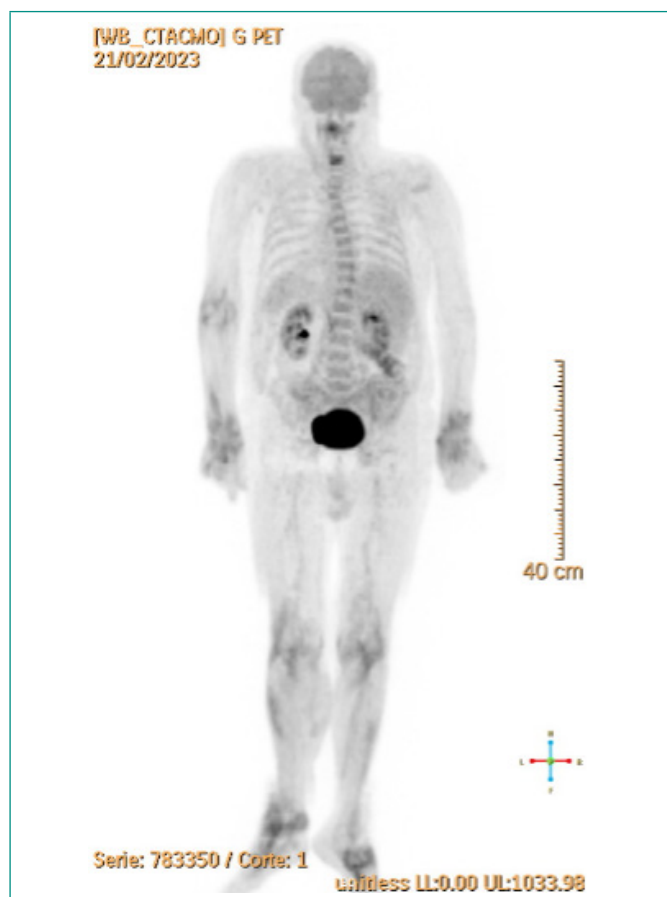


Figura 1. PET-TC que muestra poliartritis en codo izquierdo, carpos y metacarpos bilaterales, rodillas, tarsos compatibles con inflamación sinovial. Además, cambios postquirúrgicos secundarios a artrodesis subastragalina izquierda con refuerzo periarticular de la región tibioperoneoastragalina izquierda sugestiva de proceso inflamatorio postquirúrgico. Lesión hipermetabólica prevertebral en C5 (SUVmáx: 7,7).

En la visita de control en Reumatología a los 10 días, el paciente seguía sin mejoría clínica, por lo que se decidió ingreso para controlar el dolor y filiar la lesión de la PET-TC.

El diagnóstico diferencial que se realizó se resume en la **tabla 1**:

Característica	Artritis psoriásica	RS3PE (Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema)	Artritis séptica
Epidemiología	Afecta igual a hombres y mujeres	Más en hombres, y de edad avanzada	Más frecuente en edad avanzada
Clínica	Manifestaciones extraarticulares: Conjuntivitis, uveítis, onicopatía psoriásica, dactilitis	No erosiva. Presentación brusca en manos, muñecas y pies. En un 15% aparece malignidad (hematológica y adenocarcinoma gástrico, endometrial, o pancreático) ³	Fiebre, dolor e impotencia funcional
Analítica	Asociada a HLA-B27	Seronegativa (factor reumatoide negativo)	Aumento de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva), leucocitosis con neutrofilia
Tratamiento	Buena respuesta a corticoides	Buena respuesta a corticoides	Desbridamiento y antibioterapia

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la poliartritis.

Evolución

En el ingreso, el paciente se encontraba febricular, por lo que se tomaron muestras de hemocultivos. En la exploración física destacaba tumefacción y supuración en el maléolo interno del tobillo izquierdo. En una nueva analítica persistía la elevación de los parámetros inflamatorios (PCR de 410 mg/L, leucocitosis de 12.000x10⁹/mL con neutrofilia) y una TC de tobillo izquierdo confirmó colecciones retromaleolares (medial y lateral).

Ante la sospecha de artritis séptica, se contactó con Traumatología que procedió a un desbridamiento quirúrgico maleolar, con posterior inicio de antibioterapia empírica con cloxacilina y ceftriaxona. Tanto en un hemocultivo como en el cultivo del exudado del tobillo creció *Neisseria gonorrhoeae* multiresistente (con resistencias a penicilina, doxiciclina, azitromicina y ciprofloxacina), pero sensible a ceftriaxona. Las serologías de VIH, hepatitis y lúes resultaron negativas, y los frotis uretral y faríngeo fueron negativos para gonococo y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), aunque se tomaron después del inicio de la ceftriaxona.

Para descartar endocarditis infecciosa se realizó un ecocardiograma transesofágico que no mostró vegetaciones ni disfunciones valvulares. La resonancia magnética mostró una espondilodiscitis séptica en C5-6 sin absceso epidural espinal. En la nueva exploración física, la movilidad y sensibilidad estaban conservadas y eran simétricas en las 4 extremidades, sin dolor neuropático en extremidades inferiores ni incontinencia de esfínteres que sugirieran afectación radicular o medular.

Se instauró tratamiento con ceftriaxona 2 g al día durante 6 semanas por la espondilodiscitis asociada e imposibilidad de descartar la endocarditis infecciosa, junto a un descenso lento de prednisona con buena evolución clínica y resolución de los signos de artritis. Se determinó la vía final del complemento (C5b-C9, complejo de ataque a la membrana o MAC) del paciente, que resultó dentro de los valores normales.

Diagnóstico

Poliartritis séptica. Infección gonocócica diseminada (IGD).

Discusión y conclusiones

El gonococo puede causar artritis séptica en adultos jóvenes y adolescentes, aunque con menor frecuencia que *Staphylococcus aureus*. Es importante contemplar en el diagnóstico diferencial de la poliartritis con componente marcado de tenosinovitis la Infección gonocócica diseminada (IGD)⁴. La gonocemia proviene habitualmente de la colonización asintomática de la mucosa uretral, cervical o faríngea, siendo los factores predisponentes la promiscuidad sexual, menstruación, embarazo, infección por VIH, déficit de la vía final del complemento (C5-9), tratamiento con eculizumab y lupus eritematoso sistémico⁵. Suele aparecer en dos fases: una fase inicial bacteriémica, con lesiones cutáneas vesículo-pustulosas, y una fase posterior localizada (tenosinovitis o artritis séptica).

La IGD puede presentarse clínicamente como tenosinovitis con pústulas cutáneas y poliartralgias. En algunos casos puede producir también meningitis, espondilodiscitis y endocarditis infecciosa². Muchos pacientes, sin embargo, desarrollan la artritis sin artralgias ni lesiones cutáneas previas, lo que la hace indistinguible clínicamente de otras artritis. Habitualmente no es supurativa, y suele respetar el esqueleto axial. El diagnóstico se realiza por reacción en cadena de la polimerasa (RCP) y cultivo en medio de Thayer-Martin del exudado de mucosas potencialmente colonizadas. Además, el cultivo de líquido sinovial es positivo en aproximadamente un 50% de las muestras⁴.

El tratamiento de la artritis gonocócica es, según las guías clínicas de la *International Union for Sexually Transmitted Infections* (IUSTI): ceftriaxona 1 g/24h endovenosa (EV) o intramuscular (IM), o espectinomicina 2 g/12h IM de 6 a 12 días siempre que no haya sospecha ni confirmación de endocarditis asociada⁶. Si hay una buena evolución, a los 2-3 días se puede secuenciar a cefixima 400 mg/12h vía oral (VO). En pacientes alérgicos a penicilina, se recomienda ciprofloxacino 500 mg/12h VO o espectinomicina 2 g/12h IM.

Se recomienda también realizar en todos los casos una prueba de confirmación de la curación para descartar infección persistente, con cultivo (para ver la sensibilidad) de frotis uretral, rectal o faríngeo (el que inicialmente fuera positivo) entre una y dos semanas tras finalizar el tratamiento o, si no se dispone de cultivo, reacción en cadena de la polimerasa a las dos semanas de finalizar

el tratamiento. Si la prueba es positiva, se debe descartar reinfección vía los contactos sexuales. Por último, cuando el gonococo causa artritis séptica no requiere desbridar la articulación. En nuestro caso se realizó por no tener el resultado de los hemocultivos en el momento de la intervención.

Nota: Este caso clínico fue presentado previamente en el XXè Congrés Societat Catalana de Medicina Interna. Barcelona, junio 2023.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso.

Bibliografía

1. Barr J, Danielsson D. Septic gonococcal dermatitis. *Br Med J*. 1971; 1 (5747): 482-485. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5747.482> (último acceso feb. 2024).
2. Suzaki A, Hayashi K, Kosuge K, Soma M, Hayakawa S. Disseminated gonococcal infection in Japan: a case report and literature review. *Intern Med*. 2011; 50 (18): 2039-2043. doi: <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.50.5586> (último acceso feb. 2024).
3. Fernández Silva MJ, Vilariño Méndez CR. Síndrome RS3PE: remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. A propósito de 3 casos. *Semergen*. 2012; 38 (7): 472-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.10.004> (último acceso feb. 2024).
4. Rice PA. Gonococcal arthritis (disseminated gonococcal infection). *Infect Dis Clin North Am*. 2005; 19 (4): 853-861. doi: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2005.07.003> (último acceso feb. 2024).
5. Benavent Núñez D, Tornero Marín C, Bonilla Hernán G, García Perea A, Balsa Criado A, Rico Nieto A. Artritis gonocócica y déficit de C2. *Reumatol Clin*. 2019; 15 (6): e125-e127. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.010> (último acceso feb. 2024).
6. Unemo M, Ross J, Serwin AB, Gomberg M, Cusini M, Jensen JS. 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*. 2020: 956462420949126. doi: <https://doi.org/10.1177/0956462420949126> (último acceso feb. 2024).