

Carta al Director

Gema Barbeito
Isidro Rivadulla
Benito J. Regueiro-García
Fernanda Pardo

Queratoconjuntivitis gonocócica en el adulto: una entidad emergente

Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela. A Coruña.

Sr. Editor: la conjuntivitis gonocócica en el adulto es una infección grave y poco frecuente producida por *Neisseria gonorrhoeae* y que se manifiesta, por lo general, como una conjuntivitis purulenta hiperaguda. Suele estar asociada a actos sexuales con contacto directo con secreciones genitourinarias. El diagnóstico clínico es difícil debido a la confusión con otras entidades que afectan a la conjuntiva como pueden ser las conjuntivitis adenovíricas sobreinfectadas en epidemias o procesos autoinmunes con queratolisis marginal. En esta carta describimos el primer caso confirmado por cultivo, de queratoconjuntivitis gonocócica en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela en la última década.

La paciente de 23 años fue remitida al Servicio de Urgencias de Oftalmología por conjuntivitis vírica en ojo izquierdo (OI) de diez días de evolución que no mejoró con tratamiento tópico con AINE (diclofenaco). En el momento de la consulta la paciente presentaba edema palpebral severo, abundante secreción purulenta y una lesión superior yuxtalímbica en la córnea del OI que comportaba adelgazamiento de las capas profundas del estroma. El Servicio de Oftalmología remitió muestras de la secreción conjuntival al Servicio de Microbiología, y pautó tratamiento empírico con ciprofloxacino. El exudado se cultivó según protocolo habitual¹. A las 48 horas se observó crecimiento de colonias oxidasa positiva compatibles con *Neisseria spp.* por tinción de Gram. La identificación se realizó con el sistema API® NH (BioMérieux), y no era productor de betalactamasa. El estudio de sensibilidad antibiótica se determinó mediante método de difusión en disco, siendo sensible a amoxicilina-ácido clavulánico, cefuroxima, cloranfenicol, tetraciclina, levofloxacino y resistente a trimetoprim-sulfametoxazol, de acuerdo con los criterios del CLSI 2013. Se continuó con el tratamiento tópico establecido, y se añadió tratamiento sistémico con amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas durante 10 días. La paciente fue valorada por el Servicio de Ginecología,

donde la exploración demostró un introito vaginal. Mediante hibridación de ácidos nucleicos, GENPROBE® PACE® 2C (BioMérieux), el exudado anal/rectal reveló coinfección *N. gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, siendo negativo el exudado uretral. Este hallazgo hizo cambiar el tratamiento sistémico a tetraciclinas. Por otra parte, las serologías para lúes, VHC, VHB y VIH fueron negativas. La paciente presentó una respuesta adecuada al tratamiento con progresiva disminución del edema palpebral y de las secreciones, iniciándose la epitelización de la lesión corneal del OI pero manteniendo su adelgazamiento (figura 1).

La conjuntivitis por *N. gonorrhoeae* se ha considerado como una enfermedad poco común, pero con el incremento reciente de las enfermedades de transmisión sexual ha aumentado su incidencia². En ocasiones evoluciona con afectación corneal por la producción de enzimas proteolíticas³, con adelgazamiento de la misma pudiendo llegar en ocasiones a la perforación corneal y ceguera en un plazo aproximado de 24-48 horas cuando no se ha instaurado un tratamiento adecuado. Por eso este tipo de conjuntivitis debe considerarse una emergencia médica y ante la presencia de conjuntivitis purulenta, es necesario realizar una tinción Gram urgente, y cultivos microbiológicos hasta la curación completa de la misma. La coinfección entre *N. gonorrhoeae* y *C. trachomatis* en conjuntivitis es frecuente, algunos estudios la sitúan entre 30-46%⁴. Se debe informar al paciente sobre la enfermedad que presenta y a su pareja sobre el riesgo de transmisión. En mujeres en edad fértil ha de realizarse un test de embarazo. Es necesario asimismo realizar una serología de otras enfermedades de transmisión sexual. En la actualidad se recomienda el empleo de ceftriaxona intramuscular (1 gramo, dosis única) asociado al tratamiento tópico ocular con gentamicina, eritromicina o bacitracina y al tratamiento empírico para *C. trachomatis* con doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días vía oral. En pacientes alérgicos a la penicilina o con contraindicación expresa para el uso de tetraciclinas, pueden emplearse azitromicina y fluoroquinolonas siempre que no exista resistencia, frecuente en nuestro país^{5,6}. La demora en el manejo de estos casos y en la instauración del tratamiento antibiótico puede acarrear severas consecuencias. Esta carta tiene como objeto alertar de la reaparición de esta entidad en nuestro medio, principalmente

Correspondencia:
Gema Barbeito Castiñeiras.
Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela.
Santiago de Compostela. A Coruña. España.
Tfno.: +34981950350;
Email: Gema.Barbeito.Castineiras@sergas.es

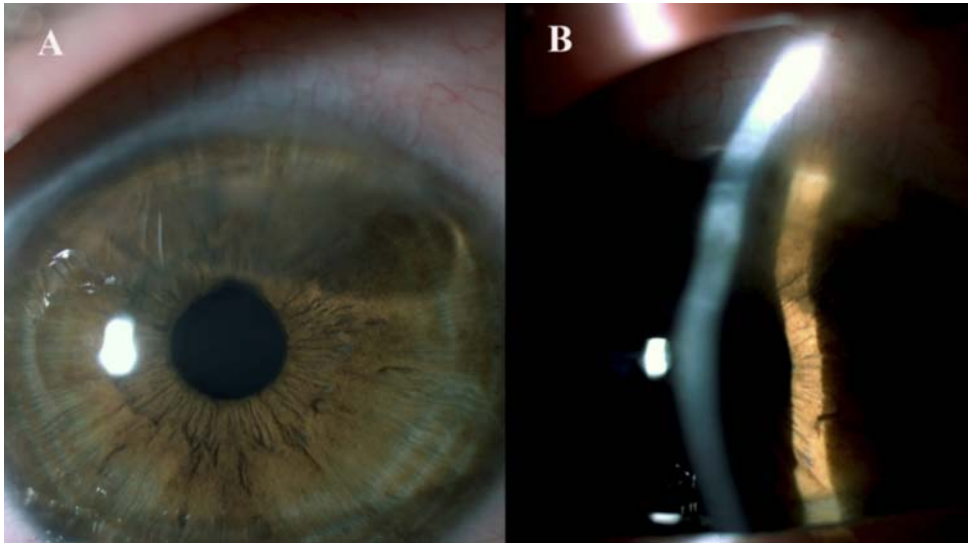


Figura 1 | A. Aspecto biomicroscópico donde se evidencia el adelgazamiento corneal severo. B. Corte biomicroscópico.

por las graves consecuencias que puede tener la no instauración del tratamiento antibiótico adecuado.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lorena López-Cerero (Coordinador), Jaime Etxebarria, Lorena López-Cerero, Josep Mensa. Diagnóstico microbiológico de las infecciones oculares. Procedimientos en Microbiología nº 2 edición. SEIMC. 2008. Disponible en <http://www.seimc.org/documentos/protocolos/microbiologia>
2. Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología. Ministerio de Ciencia e Innovación. Infecciones de transmisión sexual 2005-2010. Disponible en <http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/708/752>
3. Lee J, Choi H, Lee J, Lee S, Oum B. Gonococcal keratoconjunctivitis in adults. *Eye* 2002;16:646-9.
4. Kestelyn P, Bogaerts J, Meheus A. Gonorrhoeal keratoconjunctivitis in African adults. *Sex Transm Dis* 1987; 14:191-4.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Mortal Wkly Rep* 2010;59 (No. RR-12):44-55.
6. Mensa J et al. Guía Terapéutica Antimicrobiana. Sabadell: Escober Zamora S.L., 2013.