

Gonococia extragenital cutánea primaria

Marcos Hervella^a, Iolanda Prats^a, Ana Belén Piteiro^a, Guillermo Ruiz-Carrascoso^b, Adela García-Perea^b y Mariano Casado^a

Servicios de ^aDermatología y ^bMicrobiología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Resumen.—La presentación cutánea primaria aislada, sin afectación genital, ni evidencia de bacteriemia previa o coexistente, es un hecho excepcional en las infecciones gonocócicas. Un varón blanco de 25 años presentó dolor e inflamación en la región periungueal del primer dedo de la mano izquierda, sin desencadenante aparente y sin evidencia de infección genital ni sistémica asociadas. Se indicó drenaje más tratamiento con cloxacilina oral, y el paciente mejoró en pocos días. El cultivo de la lesión cutánea mostró crecimiento de cepas de *Neisseria gonorrhoeae*.

Palabras clave: gonococia cutánea extragenital primaria, perionixis gonocócica, panadizo gonocócico.

Hervella M, Prats I, Piteiro AB, Ruiz-Carrasco G, García-Perea A, Casado M. Gonococia extragenital cutánea primaria. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(5):330-1.

PRIMARY CUTANEOUS EXTRAGENITAL GONORRHEA

Abstract.—An isolated primary cutaneous presentation, with no genital involvement or evidence of prior or coexisting bacteremia, is an exceptional event in gonococcal infections. The patient was a white male aged 25 years, who presented pain and inflammation in the periungual region of the left thumb, with no apparent precipitating factor and no evidence of associated genital or systemic infection. Drainage was indicated, along with treatment with oral cloxacillin, and the patient improved in a few days.

The cultures of the purulent exudate shows isolation of *Neisseria gonorrhoeae* strains.

Key words: primary cutaneous extragenital gonorrhoea, gonococcal perionyxia, gonococcal paronychia.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de infección gonocócica, al igual que la de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), ha disminuido de forma llamativa en los últimos 20 años, paralelamente a la generalización de las medidas de prevención precipitada por la aparición del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)¹. Es cada vez menos frecuente la atención hospitalaria de enfermos con sospecha clínica de gonorrea, aunque con la estabilización de la epidemia de SIDA y la pérdida del miedo a contraer esta infección es posible que en el futuro aumenten de nuevo los casos de ETS. De hecho, en los últimos 2 años hemos observado una tendencia creciente en la incidencia de gonorrea en nuestro centro, con un porcentaje significativo de casos clínicamente poco expresivos o atípicos, y con frecuencia afectando a pacientes cuyas características socioculturales plantean dificultades en su diagnóstico y manejo.

De forma más bien fortuita se diagnosticó en nuestro servicio un panadizo gonocócico primario, sin otra afectación cutaneomucosa o sistémica asociadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Atendimos en el Servicio de Urgencias a un varón de 25 años, aparentemente sin antecedentes de inte-

rés, que presentaba dolor e inflamación en la región periungueal del dedo pulgar de la mano izquierda. El paciente no refería traumatismos ni otros desencadenantes previos. En la exploración física objetivamos un área de perionixis en el pliegue lateral ungueal interno del primer dedo de la mano izquierda, con una pequeña zona de fluctuación central (fig. 1). Se drenó escaso material purulento de esta zona, que fue cultivado, y se instauró tratamiento con cloxacilina, 500 mg por vía oral cada 6 h, más ácido fusídico por vía tópica, dos aplicaciones al día.

El enfermo fue visto en consulta 72 h después, donde se observó una franca mejoría del cuadro. El cultivo demostró cepas de *Neisseria gonorrhoeae* en el material enviado. Este inesperado hallazgo obligó a rehistoriar al paciente en busca de un antecedente epidemiológico que justificase el resultado del cultivo. El enfermo admitió la posibilidad de un contagio sexual por contacto piel del dedo con la mucosa genital, aunque no pudo identificarse a su pareja sexual.

Se solicitó estudio analítico incluyendo serologías de hepatitis B y C, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y sífilis, que fue normal, y también se tomaron muestras de mucosas uretral, faríngea y rectal, cuyo cultivo resultó estéril o mostró únicamente flora saprofita. Se realizaron dos hemocultivos que fueron negativos.

A pesar de la mejoría clínica y, dada la dificultad con que se obtuvo la anamnesis, se decidió tratar al paciente con 125 mg de ceftriaxona intramuscular en monodosis más doxiciclina pautaada por vía oral a dosis de

Correspondencia: Marcos Hervella. Avda. Pío XII, 37, 5.º B. 31008 Pamplona. España. Aceptado el 10 de marzo de 2003.

100 mg cada 12 h durante siete días, para descartar la posibilidad de una uretritis no gonocócica asociada.

DISCUSIÓN

Existen escasas publicaciones relativas a gonococias no genitales cutáneas primarias^{2,7}. La rareza de este hallazgo parece sumarse a la habitual infradeclaración de casos que habitualmente ocurre en las ETS. Son formas clásicas de presentación de la infección gonocócica⁸ los cuadros más o menos típicos de uretritis aguda, a veces imposibles de distinguir de las uretritis no gonocócicas, y otros como endocervicitis-enfermedad inflamatoria pélvica, proctitis, prostatitis y epididimitis, en ocasiones larvadas o decapitadas, cuya sospecha clínica puede ser difícil. Las lesiones cutáneas de la diseminación hemática gonocócica siguen observándose ocasionalmente en el medio hospitalario⁹. La faringitis gonocócica es una forma clínica relativamente rara, ya que el epitelio faríngeo es un terreno adverso para la colonización por *N. gonorrhoeae*. La conjuntivitis gonocócica u oftalmía *neonatorum* es, en la actualidad, excepcional en los países desarrollados, debido a las medidas rutinarias de profilaxis antibiótica en los neonatos. Se ha descrito su aparición en adultos con uretritis concomitante, asociada a manipulación y contacto previos con secreción uretral infectada⁸.

Se han descrito manifestaciones dermatológicas inusuales de la infección gonocócica, ocasionalmente en forma de úlceras genitales o lesiones pustulosas o abscesificadas de la piel del prepucio y las glándulas uretrales accesorias¹⁰. Se han observado además gingivitis agudas, úlceras y abscesos intraorales, proctitis y vulvovaginitis neonatales transmitidas durante el parto o posteriormente por el contacto con un adulto infectado, generalmente en el contexto de escasa higiene, así como vulvovaginitis en prepúberes tras abuso sexual^{8,11}. También se ha constatado la presentación de la diseminación gonocócica en forma de un absceso cutáneo aislado, sin otra clínica cutánea o articular, con hemocultivos positivos¹².

Las formas cutáneas extragenitales primarias de gonococia son excepcionales, y la mayoría de las veces han sido descubiertas de modo casual, sin sospecha clínica inicial, en pacientes con antecedentes de riesgo de contagio, y previo traumatismo con rotura de la continuidad de la piel afectada. Se ha sugerido que la rareza de la afectación cutánea primaria se debe a que la epidermis intacta constituye una barrera muy eficaz contra la colonización por *N. gonorrhoeae*^{8,10}.

En nuestra revisión hemos encontrado varios casos de abscesos en el cuero cabelludo de neonatos monitorizados durante el parto^{8,13}, un ectima suprapúbico⁴, una linfangitis en la mano de un técnico de laboratorio tras sufrir una punción accidental en un dedo³, y otros tres casos de panadizos gonocócicos primarios^{5,7}, dos de ellos clínicamente idénticos a otros panadizos



Fig. 1.—Área eritematosa con zona pustulosa central en región periungueal interna del primer dedo de la mano izquierda.

bacterianos^{5,6}, y el tercero similar a un panadizo herpético⁷. Estas lesiones se desarrollaron en el tercer dedo de la mano dominante (derecha) en dos de los tres pacientes publicados^{5,6}. El presente caso se presentó clínicamente como un panadizo bacteriano común, sobre el primer dedo de la mano no dominante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Low N, FitzGerald MR. Success and failure in gonorrhoea control. *Dermatol Clin* 1998;16:713-22.
2. Pugh WS. Skin complications of gonorrhoea. *Am Med* 1930;36:126-7.
3. Sears HJ. A cutaneous infection with *Neisseria gonorrhoeae* with development of lymphangitis resulting from a laboratory accident. *Am J Syph* 1947;31:60-4.
4. Glickman JM, Short DH, Knox JM, Freeman RG. Gonococcal skin lesions. Report of a case of gonococcal ecthyma. *Arch Dermatol* 1967;96:74-6.
5. Prager KM. Primary extragenital cutaneous gonorrhoea. *Arch Dermatol* 1973;107:112.
6. Fitzpatrick JE, Gramstad ND, Tyler H. Primary extragenital cutaneous gonorrhoea. *Cutis* 1981;27:479-80.
7. Scott MJ, Scott MJ. Primary cutaneous *Neisseria gonorrhoeae* infections. *Arch Dermatol* 1982;118:351-2.
8. Sparling PF, Handsfield HH. *Neisseria gonorrhoeae*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas and Bennett's principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2000; p. 2242-58.
9. Brown TJ, Yen-Moore A, Tyring SK. An overview of sexually transmitted diseases. Part I. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:511-32.
10. Rosen T. Unusual presentations of gonorrhoea. *J Am Acad Dermatol* 1982;6:369-72.
11. Robinson AJ. Sexually transmitted organisms in children and child sexual abuse. *Int J STD AIDS* 1998;9:501-10.
12. Speer KP, Fitch RD. *Neisseria gonorrhoeae* foot abscess. A case report. *Clin Orthop* 1988;234:209-10.
13. Varady E, Nsanze H, Slattery T. Gonococcal scalp abscess in a neonate delivered by caesarean section. *Sex Transm Infect* 1998;74:451.