



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Conjuntivitis hiperaguda en paciente joven

Hyperacute conjunctivitis in young patient

Javier Lacorzana^{a,b,*}, Santiago Ortiz-Perez^a, Carlos Galvez Prieto-Moreno^a y Jose Gutierrez-Fernandez^c

^a Departamento de Oftalmología, Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^b Programa de doctorado en Medicina Clínica y Salud Pública, Universidad de Granada, Granada, España

^c Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, Universidad de Granada-Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada, España



Caso clínico

Mujer de 20 años, en tratamiento por vaginosis bacteriana con doxiciclina y metronidazol. Consultó en urgencias de oftalmología por dolor, secreción e inflamación en su ojo izquierdo. En la exploración se constató edema periocular, hiperemia conjuntival y secreción purulenta abundante (fig. 1). La motilidad extraocular parecía estar afectada, por lo que se solicitó una TC orbitaria, que confirmó afectación únicamente preseptal. La paciente refería no tener pareja habitual y haber mantenido relaciones sexuales sin protección de manera puntual con diferentes parejas, con las que no mantenía contacto y por tanto no podía localizar.

Se obtuvieron muestras de la secreción para tinción y cultivo, se inició tratamiento empírico con 1 g de ceftriaxona por vía intravenosa, colirio de ofloxacino 3 mg/ml 6 veces al día y lavado ocular frecuente. En la tinción de Gram se observaron cocos gramnegativos dispuestos en parejas.

Evolución

Se descartaron otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). La evolución fue favorable, con rápida mejoría clínica. Dada la intensa inflamación conjuntival, se produjeron graves adherencias, especialmente en el fondo de saco superior (fig. 2A), por lo que se decidió iniciar tratamiento con corticosteroides por vía oral; tras 2 semanas de tratamiento, el proceso remitió por completo. Como secuelas quedaron una disfunción de superficie ocular (por daño en las glándulas lagrimales conjuntivales y en las células calcificiformes), simbléfaron (adherencias conjuntivales) (fig. 2B) en fondo de saco superior y una ptosis del párpado superior. El cultivo resultó positivo para *Neisseria gonorrhoeae* resistente a ciprofloxacino y tetraciclina, y sensible a penicilina y cefotaxima.

Diagnóstico: conjuntivitis gonocócica.



Figura 1. Aspecto clínico del caso en fase aguda. Importante edema y eritema periocular en el inicio. Secreción purulenta abundante que precisa lavados oculares casi constantes para disminuir el riesgo de complicaciones.

Comentario final

Neisseria gonorrhoeae es un diplococo gramnegativo frecuentemente causante de ETS. La conjuntivitis gonocócica (CG) está causada por este patógeno. La CG afecta principalmente a neonatos y a personas sexualmente activas¹⁻³. La forma neonatal se transmite desde madres infectadas por el contacto con las secreciones del canal del parto¹. En adultos, la CG se considera una ETS infrecuente, se transmite por el contacto ocular con secreciones de pacientes infectados^{1,2,4}.

En los últimos años se ha reportado un aumento en la incidencia de infección por *Neisseria gonorrhoeae* en algunos países¹⁻⁵, aunque esto no se ha reflejado en un aumento proporcional del número de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javilacor@gmail.com (J. Lacorzana).

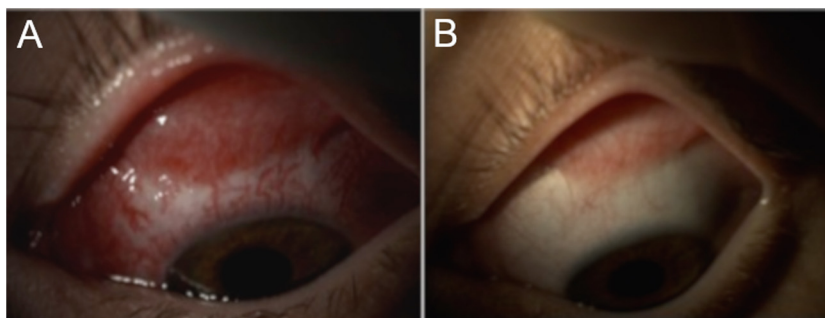


Figura 2. Formación del simbléfaron en fondo de saco conjuntival superior. A) Se observan edema y adherencias conjuntivales graves en fondo de saco superior. B) Simbléfaron conjuntival (adherencias) superior como secuela tras la resolución del cuadro.

casos de afectación ocular^{1,2,5}, posiblemente debido a la higiene de manos⁵. McAnena et al. publicaron una incidencia de CG en adultos de 0,19/1.000 habitantes desde 2011 hasta 2013². Rothschild et al. reportaron que de 4.325 conjuntivitis bacterianas solo el 0,55% (n = 24) fueron causadas por *Neisseria gonorrhoeae* y el 5,11% (n = 221) por *Chlamydia trachomatis* (CT)⁵. El 50% de los pacientes con *Neisseria gonorrhoeae* tenían una infección concomitante por CT^{3,4}. Distintos estudios muestran que la CG predomina en varones jóvenes^{1,2,5} y estaría especialmente relacionada con prácticas homosexuales^{2,4}.

La CG suele ser unilateral, cursa con hiperemia y edema de conjuntiva y párpados, secreción purulenta abundante y adenopatías preauriculares, su clínica es más florida que la de otras conjuntivitis bacterianas y puede causar complicaciones oculares graves^{1,2,4,6}. En ocasiones, el intenso edema y la tumefacción periorcular obligan al diagnóstico diferencial con celulitis orbitaria mediante técnicas de neuroimagen¹.

Es imperativo en estos pacientes descartar la presencia de otras ETS; a veces, los síntomas uretrales anteceden a los oculares por un período de una a varias semanas^{2,4,6}, aunque la CG también puede presentarse sin evidencia de infección genital.

La PCR es considerada el *gold standard* para el diagnóstico de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*. El cultivo (en agar chocolate y Thayer-Martin) es menos sensible debido a la labilidad del organismo, pero permite la realización del antibiograma².

En la mayoría de guías clínicas se recomienda el uso de 1-2 g de ceftriaxona por vía intramuscular o intravenosa como tratamiento de elección, junto con azitromicina oral, por la frecuencia de infección concomitante por CT. A nivel ocular, se recomienda realizar lavados abundantes con suero salino para retirar la secreción y disminuir la carga bacteriana, ya que la presencia abundante de gérmenes en la superficie ocular, junto con su capacidad para

invadir el epitelio corneal sano, podría favorecer la ulceración y posterior perforación ocular^{1-4,6,7}.

Ante un cuadro de conjuntivitis hiperaguda, purulenta, con abundante inflamación, la etiología gonocócica debe ser sospechada. Estos pacientes deben manejarse conjuntamente por oftalmólogos, microbiólogos y especialistas en enfermedades infecciosas, para evitar complicaciones oculares y descartar otras ETS. El simbléfaron conjuntival es una posible complicación asociada a CG que no había sido reportada anteriormente y que puede ocasionar problemas de superficie ocular en estos pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Belga S, Gratrix J, Smyczek P, et al. Gonococcal Conjunctivitis in Adults. *Sex Transm Dis*. 2019;46:47–51, <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000897>.
2. McAnena L, Knowles SJ, Curry A, et al. Prevalence of gonococcal conjunctivitis in adults and neonates. *Eye*. 2015;29:875–80, <http://dx.doi.org/10.1038/eye.2015.57>.
3. Little JW. Gonorrhoea: Update. *Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology*. 2006;101:137–43, <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2005.05.077>.
4. Wang M, Wang L, Li L. Gonococcal conjunctivitis after incomplete treatment of gonococcal urethritis. *Infect Drug Resist*. 2019;12:1381–4, <http://dx.doi.org/10.2147/IDR.S199163>.
5. Rothschild P, Chen Y, Wells K, et al. Has the increasing incidence of chlamydia and gonorrhoea resulted in increased chlamydial and gonococcal conjunctivitis presentations? Results from Melbourne, Australia, from 2000 to 2017. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2019;47:289–91, <http://dx.doi.org/10.1111/ceo.13373>.
6. Anuar N, Idris NS. Gonococcal conjunctivitis: A case report. *Malaysian Fam physician Off J Acad Fam Physicians Malaysia*. 2018;13:27–8.
7. Bodurtha Smith AJ, Holzman SB, Manesh RS, et al. Gonococcal conjunctivitis: A case report of an unusual mode of transmission. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017;30:501–2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpog.2016.11.003>.