

Queratoconjuntivitis por *Neisseria gonorrhoeae* con perforación ocular en paciente adulto inmunocompetente

M. Callizo^{1,2}

J. Gatell^{1,2}

J. Callizo-Tomás³

¹Hospital Universitari Sagrat Cor Barcelona

²Institut Català de Retina Barcelona

³Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona

Resumen

La infección ocular por *Neisseria gonorrhoeae* en adultos se considera una enfermedad de transmisión sexual extremadamente rara, que puede invadir el epitelio corneal intacto, inducir queratolisis del estroma y perforar la córnea. Su diagnóstico puede ser inicialmente confundido con otras entidades que afectan la conjuntiva como pueden ser las conjuntivitis adenovíricas sobreinfectadas. Presentamos el caso de un paciente varón de 31 años de edad con queratoconjuntivitis gonocócica, diagnosticado inicialmente de conjuntivitis adenovírica, que presentó perforación ocular y requirió recubrimiento conjuntival urgente.

Resum

La infecció ocular per *Neisseria gonorrhoeae* en els adults es considera una malaltia de transmissió sexual extremadament rara, que pot envair l'epiteli corneal intacte, induir queratolisi de l'estroma i perforar la còrnia. El diagnòstic pot ser inicialment confós amb altres entitats que afecten la conjuntiva com poden ser les conjuntivitis adenovíriques. Presentem el cas d'un pacient baró de 32 anys amb queratoconjuntivitis gonocòcica, diagnosticat inicialment de conjuntivitis adenovírica, que va presentar perforació ocular, requerint recobriment conjuntival urgent.

Summary

Gonococcal keratoconjunctivitis in adults is considered an extremely rare sexually transmitted disease, which can penetrate intact corneal epithelium, induce corneal melting and perforate the cornea. The diagnosis may be initially confused with other entities that affect the conjunctiva such as overinfected adenoviral conjunctivitis.

We report the case of a 32 year-old male with gonococcal keratoconjunctivitis, initially diagnosed as an adenoviral conjunctivitis, who presented ocular perforation and required urgent conjunctival flap.

Introducción

La infección ocular por gonococo en el adulto se trata de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) y es extremadamente rara en países desarrollados¹. *Neisseria gonorrhoeae* puede invadir el epitelio corneal intacto, inducir queratolisis del estroma corneal y perforar la córnea. El diagnóstico puede ser difícil debido a la confusión con otras entidades que afectan a la conjuntiva como pueden ser las conjuntivitis adenovíricas sobreinfectadas o procesos autoinmunes con queratolisis marginal².

Presentamos un caso de conjuntivitis de inicio común que evolucionó a conjuntivitis hiperaguda y perforación ocular por adelgazamiento corneal causada por *N. gonorrhoeae*.

Caso clínico

Varón de 31 años de edad, no usuario de lentes de contacto y sin antecedentes patológicos ni oftalmológicos de interés, que acudió a nuestro centro por

Correspondencia:
Miquel Callizo Planas
Hospital Universitari
Sagrat Cor
Londres 28, 1a planta
08029 Barcelona
E-mail:
miquelcallizo@yahoo.es

conjuntivitis papilar bilateral mucopurulenta con adenopatías preauriculares. El cuadro clínico debutó diez días antes con características de conjuntivitis adenovírica según informe que aportaba de otro centro. A los cuatro días de tratamiento para la conjuntivitis vírica, evolucionó con características de etiología bacteriana, por lo que fue tratado con gentamicina tópica. Tras 72 horas con este tratamiento sin experimentar mejoría y dada la bilateralidad y la mala evolución del caso, el paciente fue remitido a nuestro servicio de urgencias con sospecha de conjuntivitis bacteriana hiperaguda. En la exploración en nuestra consulta presentaba adenopatías preauriculares dolorosas bilaterales, secreción purulenta muy copiosa, petequias y hemorragias subconjuntivales, pseudomembranas y quémosis severa en ambos ojos. En el ojo derecho se apreciaban abscesos corneales en la parte superior de la córnea (Figura 1) sin defectos epiteliales y "melting" corneal con ectasia marcada por adelgazamiento corneal en tercio inferior (Figuras 2 y 3); el ojo izquierdo presentaba edema corneal estromal leve (Figura 4) con queratitis superficial y leves

infiltrados intraestromales arciformes superiores. La agudeza visual (AV) era de percepción de luz en el ojo derecho y 0,3 en el izquierdo. En la anamnesis el paciente refirió febrícula de 37,5°C de 48 horas de evolución y clínica de uretritis aguda consistente en disuria y exudado uretral purulento. Dada la gravedad del caso por el riesgo de perforación corneal inminente del ojo derecho y delante de la sospecha diagnóstica de queratoconjuntivitis por *Neisseria gonorrhoeae* se procedió a su ingreso hospitalario y a la toma de muestras de conjuntiva, córnea y de secreciones mucopurulentas para cultivo y antibiograma, así como a realizar una muestra de orina y analítica sistémica por parte del servicio de Medicina Interna del hospital. Se instauró tratamiento con colirios reforzados de vancomicina (50 mg/ml) y ceftazidima (50 mg/ml), doxiciclina (100 mg/12 h) vía oral y ceftriaxona (1g/12 h) vía intravenosa, ante la sospecha diagnóstica. A las 48 horas presentó perforación corneal con atalamia total en el ojo derecho, que requirió recubrimiento conjuntival con conjuntiva inferior de forma urgente (Figura 5). Todos los cultivos fueron positivos para *N. gonorrhoeae* y el

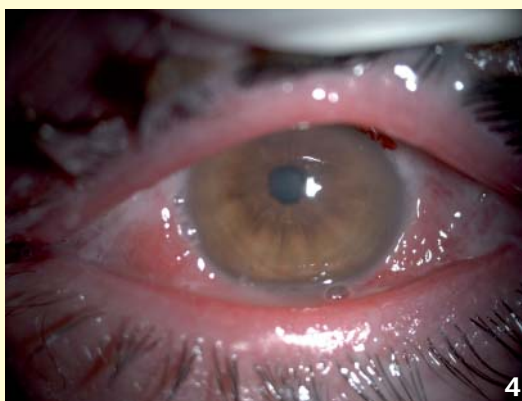


Figura 1.
Melting corneal y abscesos corneales en el ojo derecho

Figura 2.
Adelgazamiento corneal inferior en el ojo derecho

Figura 3.
Adelgazamiento corneal inferior severo con desaparición total del estroma

Figura 4.
Edema corneal en el ojo izquierdo

antibiograma no mostró resistencia a los antibióticos utilizados. Una ecografía en modo B realizada en el ojo derecho no mostró hallazgos significativos. Tres meses después, el paciente presentaba una AV de movimiento de mano en el ojo derecho y 1.0 en el izquierdo, con la córnea totalmente cubierta por conjuntiva y cámara anterior formada en el ojo derecho (Figura 6). Actualmente está a la espera de una queratoplastia.

Discusión

N. gonorrhoeae, aunque poco frecuente, debe sospecharse ante una conjuntivitis con mala o nula respuesta al tratamiento antibiótico habitual que progresa de forma aguda/hiperaguda, especialmente si asocia síntomas genitourinarios, pues *N. gonorrhoeae* provoca infecciones urogenitales, rectales y faríngeas.

La conjuntivitis gonocócica en adultos es una ETS normalmente transmitida por una auto-inoculación desde una infección genital preexistente, con lo cual es necesaria una adecuada anamnesis del paciente. Ocurre principalmente en hombres, comprometiéndose más a menudo el ojo derecho², como en nuestro caso. El periodo de incubación de la infección ocular por gonococo tiene un rango de 3 a 19 días^{3,4} y los síntomas uretrales preceden a los oculares en una o varias semanas⁵. El cuadro clínico consiste en una conjuntivitis purulenta hiperaguda severa acompañada de quemosis conjuntival severa y en ocasiones de queratitis endotelial y estromal. En algunos casos se produce adelgazamiento corneal marginal, pudiendo llegar a la perforación en un plazo aproximada de 24-48 horas, especialmente si no se ha instaurado un tratamiento adecuado^{1,2}. El riesgo potencial de complicaciones como ulceración corneal, perforación⁶ y endoftalmitis, con el riesgo de pérdida visual que conllevan, justifica un análisis microbiológico y tratamiento parenteral y tópico⁷ de forma precoces⁸. Algunos autores postulan que un tratamiento antibiótico agresivo por vía parenteral antes de la afectación corneal disminuye el riesgo de secuelas y de pérdida visual, por lo que recomiendan que todos los pacientes adultos con conjuntivitis gonocócica deben ingresarse de forma hospitalaria y recibir tratamiento parenteral con penicilina o derivados como las cefalosporinas a altas dosis⁴. La conjuntivitis gonocócica sin ulceraciones corneales se trata en pacientes ambulatorios con una inyección intramuscular de ceftriaxona (1 g) o espectinomicina (2 g) en caso de alergia a penicilina. Los pacientes con ulceraciones corneales deben ser ingresados en el hospital y recibir ceftriaxona por vía intravenosa (1 g/12 h) durante tres días consecutivos o fluoroquinolonas orales en caso de alergia⁹. El tratamiento con antibióticos tópicos debe ir acompañado de irrigación abundante y frecuente del saco conjuntival con suero salino fisiológico para eliminar células inflamatorias, proteasas y restos que pueden ser tóxicos y contribuir al *melting corneal*.

En conclusión, ante una conjuntivitis de comportamiento agresivo, sin respuesta al tratamiento empírico, es importante realizar una buena anamnesis para sospechar el origen venéreo de la misma, y llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuados. A diferencia de la mayoría de las conjuntivitis, el tratamiento no es sólo local, sino sobre todo parenteral. Así pues, cuando un caso con historia de contacto sexual es sospechoso de ser una conjuntivitis purulenta hiperaguda o conjuntivitis bacteriana resistente a los antibióticos tópicos habituales, un cultivo urgente para la confirmación de *N. gonorrhoeae* como agente causal y el tratamiento precoz anteriormente descrito son obligatorios.

Figura 5.
Recubrimiento conjuntival en el postoperatorio inmediato en el ojo derecho

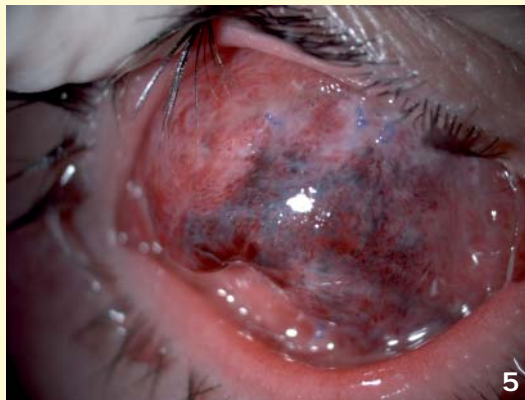
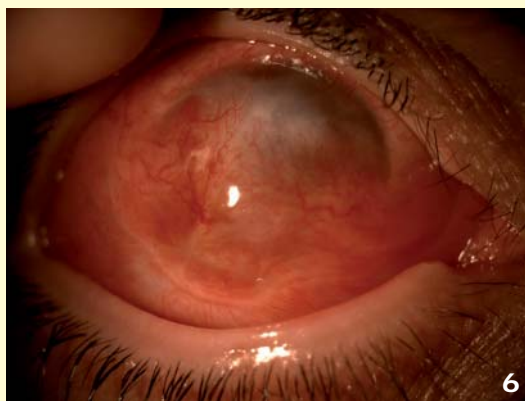


Figura 6.
Aspecto del ojo derecho a los 3 meses del recubrimiento conjuntival



Bibliografía

1. Gambrelle J, Ponceau B, Duquesne N, Crepet H, Fleury J, Burillon C, *et al.* Conjunctivite à gonocoque compliquée d'abcès cornéen perforant chez un adulte. *J Fr Ophthalmol.* 2007;30:e18.
2. Miranda-Rollón MD, Sentieri-Omarreñentería A, Martínez-Rodríguez R, Junceda-Moreno C. Tratamiento con membrana amniótica en queratolisis secundaria a queratoconjuntivitis gonocócica del adulto. *Arch Soc Esp Oftalmol.* 2009;84:155-7.
3. Ram S, Rice P. Gonococcal infections. En: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 16th Ed. New-York: McGraw-Hill, 2004;855-62.
4. Lee JS, Choi HY, Lee JE, Lee SH, Oum BS. Gonococcal keratoconjunctivitis in adults. *Eye.* 2002;16:646-9.
5. Kestelyn P, Bogaerts J, Stevens A, Piot P, Meheus A. Treatment of adult gonococcal keratoconjunctivitis with oral norfloxacin. *Am J Ophthalmol.* 1989;108:516-23.
6. Kawashima M, Kawakita T, Den S, Tomita M, Shimazaki J. Surgical management of corneal perforation secondary to gonococcal keratoconjunctivitis. *Eye.* 2009;23:339-44.
7. Ullman S, Rousset TJ, Culbertson WW, Forster RK, Alfonso E, Mendelsohn AD, Heidemann DG, Holland SP. *Neisseria gonorrhoeae* keratoconjunctivitis. *Ophthalmology.* 1987;94:525-31.
8. Wan WL, Farkas GC, May WN, Robin JB. The clinical characteristics and course of adult gonococcal conjunctivitis. *Am J Ophthalmol.* 1986;102:575-83.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guide lines 2002. *MMWR.* 2002;1-78.