

Anamnesis sexual, una pregunta esencial

Elena Valera Bermejo, Anabel Gallardo Muñoz

PRIMERA CONSULTA:

Varón, 30 años

Antecedentes personales:

- Hemorroides externas
- En lista de espera para la PrEP

Anamnesis:

- Consulta por **rectorragia de 3 semanas de evolución**
- Niega clínica constitucional
- No presenta otros síntomas gastrointestinales

Exploración física:

- Abdomen blando, depresible, no doloroso.
- Rectal: Hemorroide externade pequeño tamaño, tacto rectal sin sangre

→ Solicitamos Analítica sanguínea y Colonoscopia



RESULTADOS PPCC:

- **Analítica:** Anemia de perfil ferropénico. No otros hallazgos destacables
- **Colonoscopia:** “Hemorroides mixtas con signos de hemostasia reciente y parcheado eritemato-edematoso inespecífico.”
- **Biopsias:** **Proctitis crónica.**

PLAN: Hierro oral y analítica en un mes



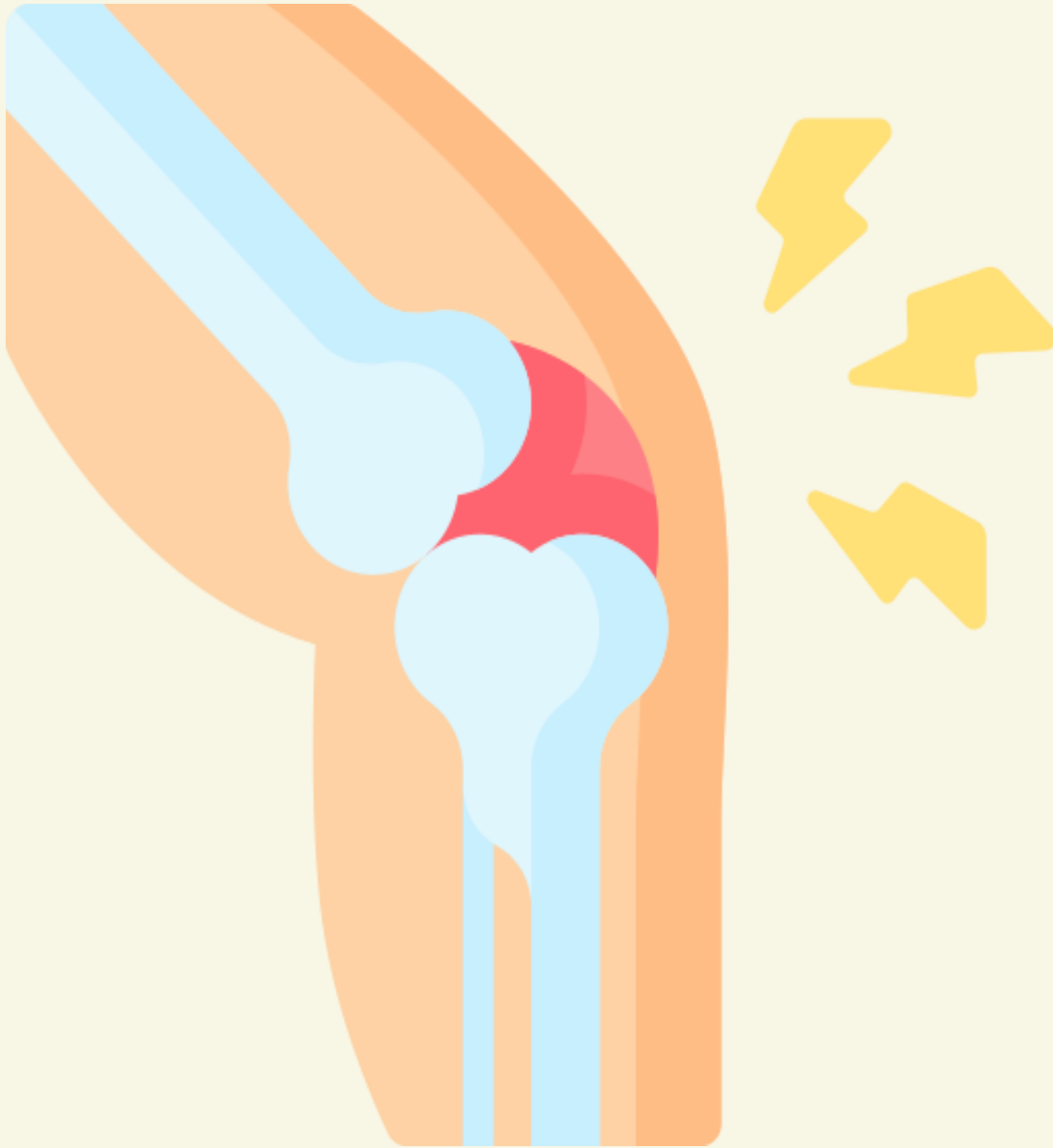
CONSULTA DE REVISIÓN:

- Hemoglobina ha subido 1 punto
- Refiere que la rectorragia persiste de forma intermitente y escasa
- Ha comenzado a presentar episodios puntuales y autolimitados de **artralgias** en los tobillos.

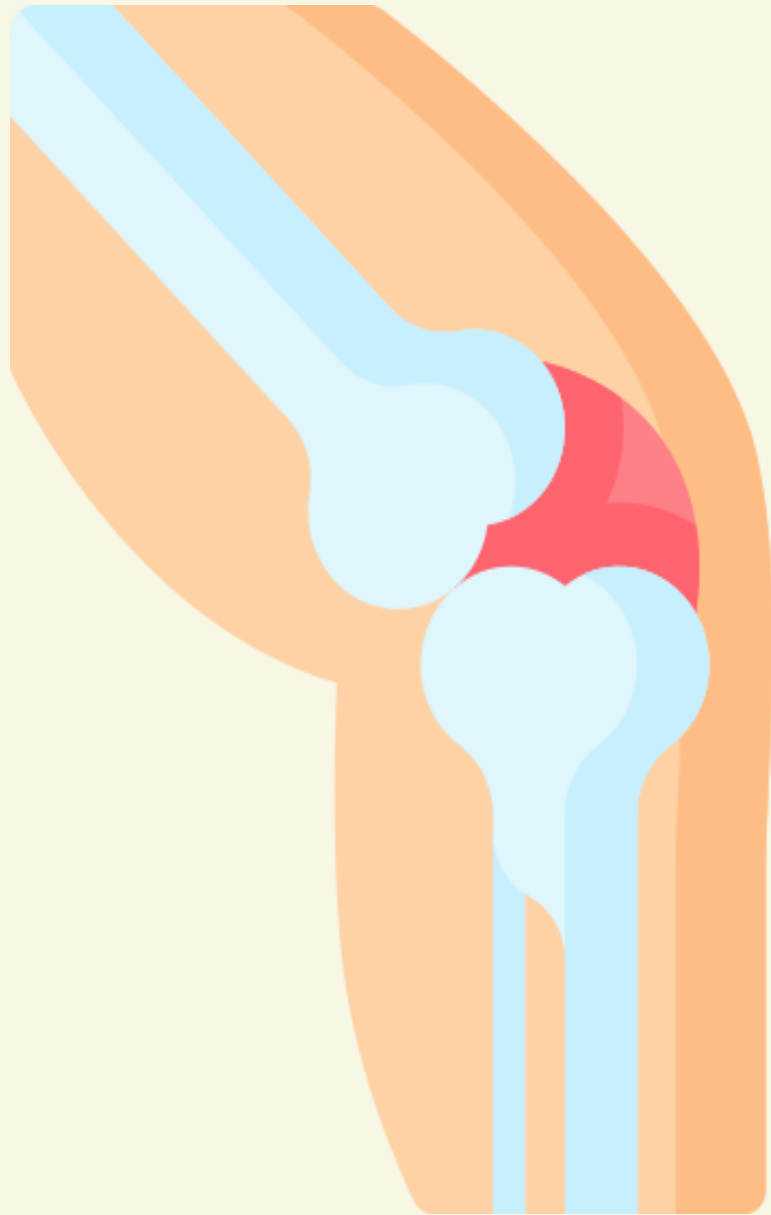
→ Realizamos interconsulta a Digestivo por sospecha de Enfermedad Inflamatoria Intestinal



VUELVE A CONSULTAR:



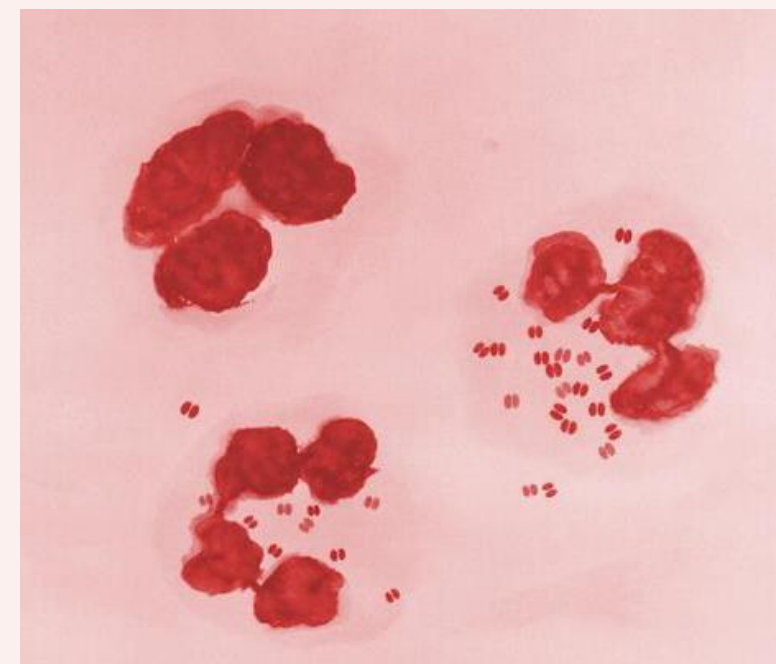
- El paciente acude 2 semanas después por gonalgia muy limitante y 39º de fiebre
- **EF rodilla: Monoartritis aguda de la rodilla**
 - Tumefacción y eritema difuso
 - Importante peloteo, imposibilidad de completar la flexión de rodilla
- Volvemos a historiar:
 - Preguntamos sobre prácticas sexuales: practica habitualmente sexo anal sin preservativo.
 - Hace 3 semanas presentó **secreción mucosa anal**



- Alta sospecha de monoartritis gonocócica:
 - Realizamos exudado rectal
 - Pautamos antibioterapia
- Resultados de exudado rectal: **Positivo para *Neisseria Gonorrhoeae***
- Tras el tratamiento el paciente permanece asintomático

Infección por *Neisseria Gonorrhoeae*

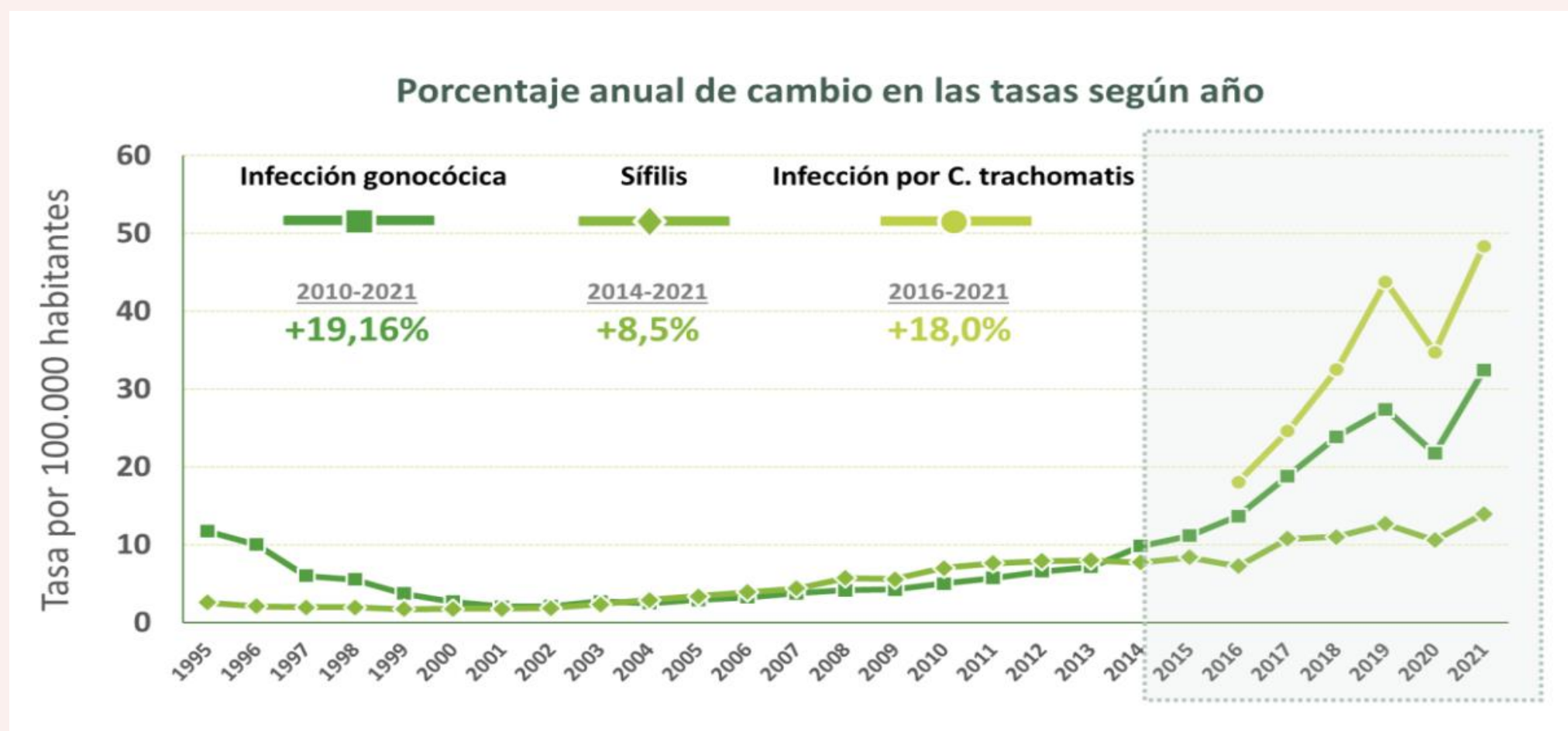
- Clínica:
 - Uretritis / Cervicitis
 - Proctitis / Enteroproctitis
 - Complicaciones sistémicas: Hasta en un 3% de los casos.
Fiebre, artralgias, lesiones cutáneas y monoartritis aguda.



- Diagnóstico:
 - Para un diagnóstico definitivo, se deberían realizar hemocultivos y, en el caso de la monoartritis, artrocentesis y análisis del líquido sinovial. No obstante, en un alto porcentaje estas muestras son negativas.
 - Se recomienda tomar muestras mucosas para apoyar el diagnóstico clínico.
- **Tratamiento de la infección diseminada:** Ceftriaxona im o iv 1g/24h, a partir del 2º-3º día de tratamiento, si mejoría, se puede sustituir por cefixima 400 mg/12h hasta completar 7 días.

CONCLUSIONES

- Es necesaria una alta sospecha clínica en pacientes con monoartritis, especialmente en pacientes menores de 40 años y que realicen prácticas de riesgo.
- Es importante preguntar por las prácticas sexuales del paciente, manteniendo siempre un ambiente seguro y en el que no se sienta juzgado.
- La infección gonocócica, como el resto de ITS, presenta un aumento importante estos últimos años, por lo que tenemos que tenerlas siempre presente.



BIBLIOGRAFÍA

- Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis B y C. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 2021. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis, Dirección General de Salud Pública; 2023
- Barberá, Maria Jesús, and Judit Serra-Pladevall. "Infección gonocócica: un problema aún sin resolver." *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 37.7 (2019): 458-466.
- Polo, Rosa, et al. "Panel de expertos de GESIDA." Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (2017).
- Li R, Hatcher JD. Gonococcal Arthritis. [Updated 2023 May 29]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470439/>