

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



ARTRITIS GONOCOCICA

GUSTAVO A. GONZALEZ PEYNADO

GUATEMALA, SEPTIEMBRE 1981

INTRODUCCION

NOS HALLAMOS ACTUALMENTE EN PLENA PANDEMIA DE ENFERMEDADES VENÉREAS PRINCIPALMENTE GONORRÉA Y SÍFILIS. LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES DE LA GONORRÉA SON LA ARTRITIS GONOCÓCICA, PROCTITIS, CONJUNTIVITIS, OROFARINGITIS, OFTALMIA DEL RECIÉN NACIDO, OTRAS COMPLICACIONES COMO MENINGITIS, ENDOCARDITIS, MIOCARDITIS, PERICARDITIS, UVEÍTIS Y ABSCESOS DEL HÍGADO, AHORA SON MUY RARAS.

LAS INFECCIONES SISTEMÁTICAS DEL GONOCOCCO DEPENDEN, DE BACTEREMIAS CON CEPAS GENERALMENTE MUY SENSIBLES A LA PENICILINA, LAS MUJERES ESTÁN AFECTADAS DOS VECES MÁS QUE LOS HOMBRES; ESTO SE EXPLICA, PORQUE LOS HOMBRES CON URETRITIS POR GONOCOCCO SUELEN TENER SÍNTOMAS, Y POR LO TANTO SE TRATAN CON RAPIDEZ DISMINUYENDO EN FORMA IMPORTANTE LAS POSIBILIDADES DE DISEMINACIÓN DE LA INFECCIÓN, A DIFERENCIA DEL SEXO FEMENINO EN

AUTORES HAN CONSIDERADO QUE HASTA EL 3% DE LAS MUJERES CON GONORREA TIENEN MAYOR PROPENSIÓN A QUE SE DISEMINE LA INFECCIÓN POR GONOCOCO DURANTE EL EMBARAZO O POCO DESPUÉS DE LA MESTRUCUACIÓN". (31)

LA OBTENCIÓN DE AGENTES ANTIMICROBIANOS EFICACES PARECIÓ CONSTITUIR UNA PANACEA PARA EL CLÍNICO QUE ANTES SE ENFRENTABA A UNA ENFERMEDAD IRREMEDIABLEMENTE INCURABLE Y UN SINNÚMERO DE COMPLICACIONES, PERO A PESAR DE ESTOS AVANCES EN LA TERAPÉUTICA, SIGUE HABIENDO UNA MORBILIDAD IMPORTANTE. PARECE SER QUE LA MAYOR PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES NO PUEDE QUEDAR EN MANOS DE LOS NUEVOS ANTIBIÓTICOS, SINO QUE HA DE SER TAREA DEL MÉDICO AL HACER UN DIAGNÓSTICO MÁS TEMPRANO Y PRECISO PARA INICIAR EL TRATAMIENTO OPORTUNO. ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE ESTA ENTIDAD ES RELATIVAMENTE FRECUENTE EN NUESTRO MEDIO, POR LO CUAL UNO DE LOS OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO DE TRABAJO

ANIFIESTO ASPECTOS COMO FRECUENCIA, RESPUESTA
AL TRATAMIENTO, EDAD MÁS AFECTADA ETC. EFEC -
UANDO UNA REVISIÓN RETROSPECTIVA DE LOS CASOS
DIAGNOSTICADOS EN UN PERÍODO COMPRENDIDO DE E-
NERO DE 1973 A DICIEMBRE DE 1980 EN EL HOSPI -
AL SAN JUAN DE DIOS.

ANTECEDENTES

SE EFECTUÓ UNA REVISIÓN DE LOS TRABAJOS EFECTUADOS EN GUATEMALA DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS, ENCONTRANDO COMO ANTECEDENTES DOS TESIS QUE VER SAN SOBRE ARTRITIS SÉPTICA EN ADULTOS REVISIÓN RETROSPECTIVA SOBRE 3 AÑOS ENERO/77 - DIC/79 - (29) HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS Y ARTRITIS SÉPTICA EN NIÑOS, REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 5 AÑOS, ENERO/74 - DIC/78, (30) EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, EN DONDE SE HACE REFERENCIA A LA ARTRITIS SÉPTICA Y SUS DIVERSOS AGENTES QUE LA CAUSAN PERO EN UNA FORMA GENERALIZADA. NO SE ANALIZA EN CADA UNA DE ESTAS ETIOLOGÍAS, DETENIDAMENTE LA ARTRITIS GONOCÓCICA, NO SE LE DA EL DEBIDO DESARROLLO, NO SE LLEGA A DEFINIR EN SÍ QUE FRECUENCIA TIENE EN NUESTRO MEDIO, QUÉ ADELANTOS SE HAN ENCONTRADO EN NUESTRO PAÍS ASÍ COMO EN OTROS PAÍSES, RESPECTO A DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, PREVENCIÓN SANITARIA, E INMUNITARIA, RESISTENCIA ANTIMICROBIANA, ETC.

SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN DICHO CENTRO
HOSPITALARIO.

OBJETIVOS

1. DETERMINAR LA FRECUENCIA DE ARTRITIS GONOCÓCICA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL AÑO 1973 A 1980.
2. DETERMINAR EL SEXO Y EDAD EN QUE ES MÁS FRECUENTE ESTA COMPLICACIÓN Y QUÉ ARTICULACIÓN GENERALMENTE SE ENCUENTRA MÁS AFECTADA.
3. ENFATIZAR CUÁL ES EL MEDIO DE CULTIVO MÁS EFICAZ PARA DIAGNÓSTICO Y DE DÓNDE TOMAR LA MUESTRA MÁS ADECUADA.
4. DETERMINAR SI SE HAN ENCONTRADO PACIENTES, QUE HAYAN TENIDO RESISTENCIA A LA PENICILINA, COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA ELECCIÓN.
5. QUE ESTE ESTUDIO DE FRECUENCIA DE ARTRITIS GONOCÓCICA, EFECTUADO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, PUEDA SERVIR COMO ANTECEDENTE, PARA ESTUDIOS POSTERIORES.

MATERIAL Y METODOS

PARA EL PRESENTE ESTUDIO SE REVISARON LOS CUADROS DE MORBILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, SELECCIONANDO HISTORIAS CLÍNICAS DE PACIENTES QUE PRESENTARON SINTOMATOLOGÍA ARTICULAR EN QUIENES DE DIAGNÓSTICO ARTRITIS GONOCÓCICA COMO AIGNÓSTICO DE EGRESO, YA SEA DEFINITIVO, PROBABLE, POSIBLE YVER ANEXOº SEGÚN CUADRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO YA ESTABLECIDO, DURANTE UN PERÍODO DE 8 AÑOS, COMPRENDIDO DE 1973 A 1980.

SE CONFIRMARON 43 CASOS DE ARTRITIS GONOCÓCICA, CUYAS FICHAS MÉDICAS (HISTORIAS CLÍNICAS) SE REVISARON PARA DETERMINAR LAS SIGUIENTES VARIABLES: EDAD, SEXO, OCUPACIÓN, NÚMERO DE ARTICULACIONES TOMADAS, LESIONES CUTÁNEAS, RESPUESTA AL TRATAMIENTO, CULTIVOS: LÍQUIDO ARTICULAR, HEMOCULTIVO, COPROCULTIVO, OROCULTIVO, UROCULTIVO, AL GIUAL QUE FROTE DE DICHAS SECRECIONES.

EFFECTUANDO UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE EL TEMA, PRINCIPALMENTE DE LOS ÚLTIMOS AÑOS, TRATANDO DE ABARCAR LOS REPORTES RECIENTES SOBRE ETIOLOGÍA, MEDIOS DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTO, PARA CONTAR CON ELEMENTOS DE JUICIO (VER ANEXO).

LOS DATOS OBTENIDOS FUERON TABULADOS DE ACUERDO A LAS VARIABLES PLANTEADAS, PARA LUEGO SER ANALIZADOS Y COMPARADOS CON LOS REPORTES BIBLIOGRÁFICOS, TRATANDO DE LLEVAR EL ORDEN DEL MÉTODO CIENTÍFICO.

ARTRITIS GONOCÓCICA

GENERALIDADES:

DEFINICIÓN:

ES UNA INFECCIÓN ARTICULAR PRODUCIDA POR DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS, LA NEISSERIA GONORRHOAE. LA MAYORÍA DE AUTORES HAN REGISTRADO DEL 1 AL 3% DE MANIFESTACIONES ARTICULARES EN LA GONOCOCCEMIA, AUNQUE PUEDE APARECER EN CUALQUIER EDAD, O SEA DE LOS 20 A 40 AÑOS. AUNQUE ANTES SE CONSIDERABA MÁS FRECUENTE EN VARONES, ESTUDIOS RECIENTES DAN UNA INCIDENCIA MUCHO MAYOR EN MUJERES, QUEZÁ PORQUE EN LA MUJER PASAN MÁS DESAPERCIBIDAS LAS INFECCIONES GONOCÓCICAS Y TAL VEZ MÁS FRECUENTE EN HOMOSEXUALES QUE EN HETEROSEXUALES, POR LO CUAL NO RECIBEN TRATAMIENTO OPORTUNO. ETIOLOGÍA:

N. GONORRHOAE ES UN COCO GRAM NEGATIVO, - DESCRITO PRIMERAMENTE POR NEISSER EN 1879 EN EXUDADO DE PACIENTES CON GONORREA. EN FROTIS TENIDOS DE EXUDADOS, LOS ORGANISMOS APARECEN -

COMO DIPLOCOCOS CON LOS BORDES VECINOS APLANADOS, O LIGERAMENTE CÓNCAVOS, COMO PEQUEÑOS RIÑONES, UNA PORCIÓN CONSIDERABLE DE LOS GÉRMESES DE EXUDADOS, SE HALLAN EN EL INTERIOR DE LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES. LOS GONOCOCOS DESARROLLADOS EN MEDIOS DE LABORATORIO ADOPTAN FORMA OVAL O ESFÉRICA; PUEDEN ENCONTRARSE, ADEMÁS DE LOS DIPLOCOCOS, COCOS AISLADOS Y ACUMULOS DE COCOS. N. GONORRHOAE PUEDE DISTINGUIRSE DE OTROS NEISSERIA POR SU CAPACIDAD DE FERMENTAR LA GLUCOSA, PERO NO LA MALTOSA O LA SACAROSA.

FRECUENCIA:

UNA AFECCIÓN ARTICULAR NO ES EXTRAORDINARIAMENTE CARACTERÍSTICA DE UNA CLASE O GRUPO DE MICROORGANISMOS, AUNQUE UNA VARIEDAD DE AGENTES INFECCIOSOS PUEDEN INFECTAR EL ESPACIO ARTICULAR, ÚNICAMENTE UNOS POCOS GÉNEROS SON RESPONSABLES PARA LA MAYORÍA DE ARTRITIS SÉPTICA, AUNQUE REPORTES DE CASOS, PARECE HABER UNA -

SORPRENDENTE VARIACIÓN EN LA CLASE DE BACTERIEMIA QUE CAUSA ARTRITIS INFECCIOSA EN DIFERENTES GRUPOS DE EDAD, ESTÁ DIFERENCIA REFLEJA PRIMARIAMENTE LA EDAD ASOCIADA, DIFERENCIAS EN LA BACTERIEMIA. LA CAUSA MÁS COMÚN DE ARTRITIS SÉPTICA EN ADULTOS JÓVENES ES POR NEISSERIA GONORRHOAE, NO OBSTANTE LA ARTRITIS GONOCÓCICA EN MÁS DEL 75% DE LOS CASOS, OCURRE AHORA EN SEXO FEMENINO. ALREDEDOR DE UN CUARTO DE LOS CASOS SE OBSERVA EN MUJERES EMBARAZADAS Y/O POCO DESPUÉS DE LA MESTRUACIÓN, A ÉSTO HA SIDO POSTULADO, QUE EL GONOCOCO AFECTA MÁS EN ESTA ÉPOCA POR EL AUMENTO DE LA VASCULARIDAD.

EPIDEMIOLOGÍA:

LA NEISSERIA GONORRHOAE ES UN PARÁSITO DEL HOMBRE, NO CAUSA ENFERMEDAD EN LOS ANIMALES, CASI SIEMPRE SE ADQUIERE POR CONTACTO SEXUAL: SON EXCEPCIONES LA CONJUNTIVITIS GONOCÓCICA QUE OCURRE SOBRE TODO EN RECIÉN NACIDOS POR LAS VÍAS GENITALES INFECTADAS O CONTAMINACIÓN DESPUÉS DEL

NACIMIENTO. LA VULVO VAGINITIS ES UNA INFECCIÓN DE LAS VÍAS GENITALES DEL LACTANTE Y NIÑAS PREA DOLESCENTES RESULTANTES DE CONTACTO DIRECTO CON ADULTOS INFECTADOS, RARAMENTE, DE CONTACTO CON TOALLAS O ROPA CONTAMINADA CON GONOCOCO. SON FRE CUENTES LAS CRISIS REPETIDAS DE GONORREA POR - LO TANTO, LOS ATAQUES AISLADOS CONFIEREN POCA O NINGUNA INMUNIDAD.

PATOGENIA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA:

CUALQUIER MICROORGANISMO PUEDE SER LLEVADO A LA ARTICULACIÓN POR EL TORRENTE SANGUÍNEO O - POR IMPLANTACIÓN DIRECTA, O POR EXTENSIÓN DE U - NA INFECCIÓN VECINA. USUALMENTE ALGUNA CLASE DE INFECCIÓN PRIMARIA SEMEJANTE A NEUMONÍA, GONÓ - RREA, MENINGITIS, Y UNA HERIDA INFECTADA, PUEDE SER EL ORIGEN DE MICROORGANISMOS TRANSPORTADOS A LA MEMBRANA SINOVIAL. ALGUNA VEZ, SE PRODUCE INVASIÓN DE LA SANGRE Y N. GONORRHOAE PUEDE DI - SEMINARSE Y ORIGINAR INFECCIONES EN FOCOS DIS - TANTES. LAS LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE -

INFECCIÓN EXTRAGENITAL SON LAS ARTICULACIONES, PERO TAMBIÉN SON POSIBLES LAS TENOSINOVITIS, ENDOCARDITIS, MENINGITIS Y LESIONES CUTÁNEAS E INFECCIONES DE OTROS FOCOS. CUANDO OCURRE INFECCIÓN ARTICULAR COMO RESULTADO DE BACTERIEMIA, EL CRECIMIENTO INICIAL DEL MICROORGANISMO EN CUALQUIER CASO, UNA REACCIÓN INFLAMATORIA DE LA MEMBRANA SINOCIAL ES RÁPIDAMENTE ESTABLECIDA RESULTANDO UN MARCADO INCREMENTO DE LEUCOCITOS EN EL LÍQUIDO SINOVIAL, AUNQUE EL LÍQUIDO SINOVIAL POR SÍ MISMO ES ESTÉRIL PARA CULTIVOS. CUANDO LOS MICROORGANISMOS TIENEN PROPAGACIÓN EN EL LÍQUIDO ARTICULAR, EL CULTIVO DEL LÍQUIDO USUAL MENTE REVELA LA ETIOLOGÍA DE LA INFECCIÓN.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS SON VARIABLES, Y RELACIONADAS CON LA CLASE DE FACTORES, INCLUYENDO LA CLASE DE MICROORGANISMOS QUE CAUSEN LA INFECCIÓN, LA INFECCIÓN, LA ARTICULACIÓN INVOLUCRADA, LA EDAD DEL PACIENTE. ES LA FORMA MÁS

CULTIVO DEL LÍQUIDO ARTICULAR DE ESTOS PACIENTES ES USUALMENTE ESTÉRIL. ESTO PUEDE REPRESENTAR UN ESTADO TEMPRANO DE ARTRITIS SÉPTICA CUANDO EL SITIO DE INFECCIÓN ES SILENCIOSO LOCALIZADO EN LA MEMBRANA SINOVIAL. OTROS PACIENTES CON ARTRITIS GONOCÓCICA PUEDEN TENER MONOARTRITIS INVOLUCRADA ÉSA ESTÁ PRESENTE POR VARIOS DÍAS. ESTOS PACIENTES NIEGAN SÍNTOMAS Y SE QUEJAN ÚNICAMENTE DE UN ATAQUE REPENTINO DE UNA INFLAMACIÓN, DOLOR, SENSIBILIDAD, Y CALOR ARTICULAR, LA *NEISSERIA GONORRHOAE* ES USUALMENTE CULTIVADA DEL LÍQUIDO DE ESTOS PACIENTES.

EN CUALQUIER CLASE DE ARTRITIS GONOCÓCICA, LA MAYORÍA DE ARTICULACIONES INFECTADA. LA RODILLA ES MÁS FRECUENTE AFECTADA, SIGUIENDO POR LA MUÑECA, TOBILLO Y CODO, ACERCA DE UN TERCIO DE PACIENTES TIENEN TENOSINOVITIS COMO UNA CLASE CARACTERÍSTICA, LA TENOSINOVITIS QUE SE OBSERVA RARAMENTE EN OTROS TIPOS DE ARTRITIS GONOCÓCICA, ES FRECUENTE EN LA ARTRITIS GONOCÓCICA, Y CASI SIEMPRE

OCURRE A NIVEL DE MUÑECA Y TOBILLOS. ALGUNOS -
AUTORES HAN OBSERVADO CON RELATIVA FRECUENCIA LA
APARICIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS ERITEMATOPAPULO-
SAS MUY CARACTERÍSTICAS Y CON UN GRAN VALOR DIAG
NÓSTICO LAS PÁPULAS ERITEMATOSAS DE DIÁMETRO VA
RIABLE (2MM A 2CM) QUE PUEDE EVOLUCIONAR HACIA
FORMAS VESÍCULOS PUSTULOSAS Y EN OCASIONES HEMO
RÁGICAS, SON DOLOROSAS A LA PRESIÓN, EN ESPE -
CIAL EN SU COMIENZO Y SUELEN CURAR EN 3 O 4 DÍAS.
EL EXAMEN DEL CONTENIDO DE LA VESÍCULA MUESTRA
LA PRESENCIA DE ABUNDANTES POLINUCLEARES Y A ME
NUDO DE DIPLOCOCOS GRAM NEGATIVOS, EL CULTIVO
DE ESTA SECRECIÓN VESICULAR ES SIEMPRE NEGATI-
VO, Y SU CAUSA PARECE SER DEBIDO A QUE SON FENÓ
MENOS DE VASCULITIS DE HIPERSENSIBILIDAD. LAS
GONOCOCCEMIAS MAL TRATADAS PUEDEN SER EL FACTOR
CAUSAL DE UNA POLIARTRITIS CRÓNICA O DE UNA ES-
PONDILOARTRITIS ANQUILOPOYÉCTICA. TAMBIÉN SE -
HA DESCRITO UNA FORMA ESPECIAL DE POLIARTRITIS
BLENORRÁGICA DENOMINADA SÍNDROME DE VIDAL JACQUET

CARACTERIZADO POR GONORREA Y POLIARTRITIS, MANIFESTACIONES HIPERQUERATÓICAS.

DIAGNÓSTICO

EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS POR GONOCOCOS O BACTERIEMIA CON LESIONES CUTÁNEAS SE SOSPECHA EN PACIENTES CON EL SÍNDROME CLÍNICO ADECUADO, EN ESPECIAL SI HAY HISTORIA RECIENTE DE URETRITIS O SECRECIÓN VAGINAL. LA TENOSINOVITIS SUGIERE INFECCIÓN DESIMINADA POR GONOCOCOS. EL AISLAR $\bar{N}$ GONORRHOAE DEL APARATO GENITAL, RECTO O FARINGE, ES UNA PRUEBA FIRMA Y EL DEMOSTRARLOS EN LESIONES CUTÁNEAS, SANGRE O LÍQUIDO ARTICULAR, LA CONFIRMA. LA PRUEBA DE COMPLEMENTO PARA GONOCOCOS CON SUERO PUEDE SER ÚTIL PARA SOSPECHAR ARTRITIS GONOCÓICA, ESPECIALMENTE CUANDO LOS VALORES SON CRECIENTES. SIN EMBARGO, ESTA PRUEBA NO ESTÁ BIEN ESTANDARIZADA. ESTAN EN CURSO DE INVESTIGACIÓN OTRAS PRUEBAS SEROLÓGICAS QUE PARECEN PROMETEDORAS.

CUANDO LOS CULTIVOS Y FROTIS DE LÍQUIDO

ARTICULAR SON NEGATIVOS PARA GONOCOCOS (50 A 75 POR 100 DE LOS CASOS) MUCHAS VECES RESULTA DIFÍCIL DISTINGUIR LA ARTRITIS GONOCÓCICA DEL SÍNDROME DE REITER (URETRITIS NO BACTERIANA, CONJUNTIVITIS Y ARTRITIS). EL PROBLEMA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SE COMPLICA POR EL HECHO DE QUE LOS PACIENTES SON SÍNDROME DE REITER PUEDEN TENER, AL MISMO TIEMPO, URETRITIS GONOCÓCICA. LA URETRITIS Y LA ARTRITIS EN LA MUJER HARÁN SOSPECHAR ARTRITIS GONOCÓCICA, PUES ESTA ENFERMEDAD ES MÁS COMÚN EN EL SEXO FEMENINO, MIENTRAS QUE EL SÍNDROME DE REITER ES RARA EN LA MUJER. LA PRESENCIA DE TENOSINOVITIS Y LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO HARÁN SOSPECHAR FUERTEMENTE LA ARTRITIS GONOCÓCICA. LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE REITER MUCHAS VECES TIENEN EVOLUCIÓN PROLONGADA CON RECIDIVAS, Y NO RESPONDEN AL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO. LA QUERATODERMIA BLENORRÁGICA (ERUPCIÓN SIMÉTRICA CON PREDILECCIÓN POR LA PLANTA DE LOS PIES, PALMAS DE LAS

MANOS Y GENITALES) OCURRE EN EL SÍNDROME REITER Y TAL VEZ NO SE RELACIONA CON LA ARTRITIS POR GONOCOCOS. DESPUÉS DE UNA POLIARTRITIS INICIAL EN EL SÍNDROME DE REITER PUEDE DESARROLLARSE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. CUANDO NO PUEDE AISLARSE N. GONORRHOAE DE LA ARTICULACIÓN, LA RESPUESTA TERAPÉUTICA PENICILINA SUELE SER EL DATO CONFIRMATORIO MÁS ÚTIL PARA DIAGNOSTICAR ARTRITIS GONOCÓCICA, CON RESPECTO A LOS SIGNOS RADIOLÓGICOS SON INESPECÍFICOS Y NO POSEEN VALOR DIAGNÓSTICO, AL INICIO DE LA ENFERMEDAD.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

DEBE CONSIDERARSE LA ARTRITIS INFECCIOSA - PRODUCIDA POR TOROS GÉRMENES (ESTREPTOCOCO, NEUMOCOCO, BRUCELA) E INCLUSO, ARTRITIS TUBERCULOSA, DE LAS CUALES SE DIFIERE POR INTENSIDAD Y RAPIDEZ DE SU CURSO Y EL RESULTADO DEL EXAMEN BACTERIOLÓGICO. LA ARTRITIS GONOCÓCICA MUCHAS VECES DEBE DISTINGUIRSE DE LA FIEBRE REUMÁTICA AGUDA, LA ARTRIS REUMATOIDE Y LA GOTA POR LA -

AUSENCIA DE CARDITIS, DE FACTOR REUMATOIDE EN EL SUERO, Y DE RESPUESTA A LA CONQUICINA RESPECTIVAMENTE.

TRATAMIENTO:

LOS PACIENTES CON ARTRITIS SE TRATAN CON REPOSO EN CAMA, Y ANTIMICROBIANOS CON PENICILINA - PROCAÍNA 800,000 UNIDADES CADA DOCE HORAS POR 10 DÍAS Y 10 A 20 MILLONES DE PENICILINA G. POR VÍA INTRAVENOSA DIARIO, LA DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DEBE SER DE DOS SEMANAS O MÁS, PROLONGANDO HASTA QUE REMITAN LOS SIGNOS DE INFECCIÓN Y LOS CULTIVOS SE HAGAN NEGATIVOS. LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO DUELE OBSERVARSE EN LA ARTRITIS, CON MAYOR LENTITUD Y QUIZÁ SE NECESITEN SIETE A DIEZ DÍAS PARA QUE EL PACIENTE NO TENGA FIEBRE. LAS PRUEBAS RECIENTES SUGIEREN QUE ES MENOS PROBABLE QUE LOS GONOCOCOS RELATIVAMENTE RESISTENTES A LA PENICILINA CAUSEN INFECCIÓN DESIMINADA, Y DESPUÉS DE VARIOS DÍAS DE TRATAMIENTO CON PENICILINA POR VÍA INTRAVENOSA EL CURSO PUEDE COMPLETARSE

CON AMPICILINA PARA TRATAR LA INFECCIÓN DISEMINADA.

EN ENFERMOS ALÉRGICOS A PENICILINA SE TRATAN CON TETRACICLINA A DOSIS DE 0,5 GR. POR VÍA ORAL 4 VECES AL DÍA; EN EL EMBARAZO PUEDE UTILIZARSE CEFALOTINA EN DOSIS DE 6 A 12 GR. POR VÍA INTRAVENOSA DIARIOS. EN LA ARTRITIS GONOCÓICA HAY QUE ASPIRAR EL PUS, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE CON AGUJA, PERO EN OCASIONES RESULTA NECESARIO EL DRENAJE QUIRÚRGICO DE LA ARTICULACIÓN.

LA FISIOTERAPIA DEBERÁ INICIARSE DURANTE EL PERÍODO DE LA CONVALESCENCIA PARA LOGRAR LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE LA ARTICULACIÓN.

PRONÓSTICO:

CUANDO UNA TERAPIA ANTIMICROBIANA ES INSTITUIDA EN LA PRIMERA SEMANA DESPUÉS DEL APARECIMIENTO, DE LOS SÍNTOMAS Y SIGNOS LA COMPLETA RECUPERACIÓN SINTOMÁTICA, SIN ALGUNA LIMITACIÓN DEL MOVIMIENTO RESIDUAL ARTICULAR ES LA REGLA.

VI. PRESENTACION DE RESULTADOS

DE LA REVISIÓN DE 8 AÑOS (ENERO 1973 A DICIEMBRE 1980) EN LOS CUADROS DE MORBILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, FUERON DETECTADOS 43 CASOS CON DIAGNÓSTICO DE EGRESO DE ARTRITIS GONOCÓICA.

DE ESTOS 43 CASOS, 34 CORRESPONDIERON AL SEXO FEMENINO (79.10%) Y 9 AL SEXO MASCULINO (20.9%), SIENDO LA EDAD MÁS AFECTADA LA COMPREDIDA ENTRE LOS 15 Y 25 AÑOS CON UN (65.11%) DEL TOTAL DE LOS CASOS, CORRESPONDIENDO UN 34.88% A PACIENTES CORRESPONDIENTES ENTRE 15 Y 20 AÑOS, COMO SE OBSERVA EN EL CUADRO No. 1.

EDAD	No.CASOS	SEXO		TOTAL PORCENTAJE %
		MAS.	FEM.	
15--20	15	3	12	34.88
21--25	13	1	12	30.23
26--30	4	1	3	9.30
31--35	1	0	1	2.30

CONTINUACIÓN CUADRO No. 1

36--40	6	1	5	13.95
41--45	0	0	0	00.00
46--50	2	2	0	4.65
51--55	2	1	1	4.65
TOTAL	43	9	34	100.00

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LOS DE MORBILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS ENERO 1973 - DICIEMBRE 1980.

ES IMPORTANTE HACER MENCIÓN DEL HALLAZGO DE FIEBRE, MAYOR DE 37.5°, EL PRESENTÓ EN EL 67.5%, EL MAYOR O MENOR GRADO COMO SE OBSERVA EN EL CUADRO No. 2.

TEMPERATURA EN °c	No. CASOS	PORCENTAJE
37. - 37,5	14	32,56
37,6 - 38	9	21,00
38,1 - 39	16	37,21
39,1 - 40	4	9,30
40,1 - 41	0	0,00
TOTAL	43	100,00

CUADRO No. 2 TEMPERATURA REGISTRADA A SU INGRESO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS.

CON RESPECTO AL TIPO DE ARTROPATÍA PRESENTADA POR LOS PACIENTES ESTUDIADOS SE DEMOSTRÓ QUE EL TIPO DE ARTROPATÍA PRESENTADO POR LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES ES POLIARTROPATÍA NO SIMÉTRICA EN UN 46,51%, COMO LO DEMUESTRA EL SIGUIENTE CUADRO.

TIPO DE ARTRALGIA	No. CASOS	PORCENTAJES
MONOARTROPATÍAS	2	4.65
POLIARTROPATÍAS SIMÉTRICA	10	23.25
POLIARTROPATÍAS MIRRORIAS	11	25.58
POLIARTROPATÍAS NO SIMÉTRICA	20	46.51
TOTAL:	43	100.00

CUADRO No. 3 PRINCIPALES TIPOS DE ARTROPATÍAS PRESENTADAS.

CON RESPECTO A LA ARTICULACIÓN MÁS AFECTADA POR LA ARTRITIS GONOCÓCICA, SE PRESENTA EN EL SIGUIENTE CUADRO LA ARTICULACIÓN QUE PRESENTÓ - MAYORES AFECCIONES, EN ORDEN DE FRECUENCIA LA RODILLA CON UN 27.46%, LOS MALEOLOS CON 16.20% Y MUÑECAS CON 15.49%.

ARTICULACIÓN

<u>AFECTADA</u>	<u>SUB-TOTAL</u>	<u>TOTAL</u>	<u>PORCENTAJE</u>
RODILLA			
DERECHA	20		
IZQUIERDA	19	39	27.46
MALÉOLO			
DERECHO	14		
IZQUIERDO	9	23	16.20
MUÑECA			
DERECHA	14		
IZQUIERDA	8	22	15.49
CODO			
DERECHO	8		
IZQUIERDO	6	14	9.86
COXOFEMORAL			
DERECHO	5		
IZQUIERDO	4	9	6.35
HOMBRO			
DERECHO	5		
IZQUIERDO	5	10	7.00
METACARPO			
DERECHO	6		
IZQUIERDO	4	10	7.00

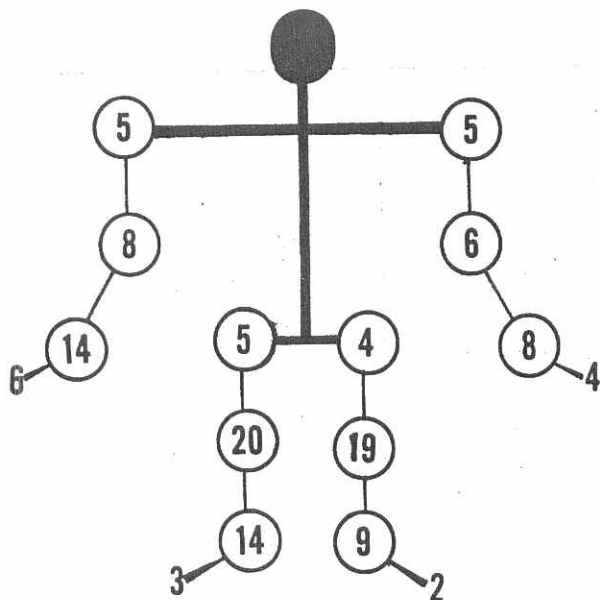
CONTINUACIÓN CUADRO No. 4

METATARCIANO

DERECHO	3		
IZQUIERDO	2	5	3.52

CUADRO No. 4 ARTICULACIONES AFECTADAS DE ARTRITIS GONOCÓCICA EN PACIENTES ADULTOS, HOSPITAL - GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1973 - 1980.

FIGURA No. 1



ARTICULACIONES AFECTAS DE ARTRITIS GONOCÓCICA ,
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1973 - 1980.

PRESENTACIÓN POR DIAGNÓSTICO, DE LOS PACIENTES A QUIENES SE DIO EGRESO, EN QUIENES SE ENCONTRÓ CON DIAGNÓSTICO DEFINITIVO A UN TOTAL DE 16 (37.21%), PROBABLE 17 (39.53%) Y COMO POSIBLE UN TOTAL DE 10 (23.25%) COMO SE OBSERVA EN EL SIGUIENTE CUADRO.

DIAGNÓSTICO

DEFINITIVO	SUB-TOTAL	TOTAL	PORCENTAJE
------------	-----------	-------	------------

CULTIVO LÍQUIDO SINOVIAL

	10		
--	----	--	--

HEMOCULTIVO	6	16	37.21
-------------	---	----	-------

DIAGNÓSTICO PROBABLE

UROCULTIVO	0		
------------	---	--	--

OROCULTIVO	1		
------------	---	--	--

CULTIVO PIEL	1		
--------------	---	--	--

COPROCULTIVO	0		
--------------	---	--	--

CULTIVO URETRAL	3		
-----------------	---	--	--

CULTIVO CERVICAL	12	17	39.53
------------------	----	----	-------

DIAGNÓSTICO POSIBLE

GRAM	LÍQUIDO		
------	---------	--	--

	ARTICULAR	4	
--	-----------	---	--

DE	URETRAL	2	
----	---------	---	--

SECRECIÓN CERVICAL	4	10	23.25
--------------------	---	----	-------

DIAGNÓSTICO DE LAS ARTICULACIONES TOMADAS SEGÚN CALIDAD (DEFINITIVO, PROBABLE, POSIBLE) DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS GONOCÓCICA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS, DEL AÑO 1973 - 1980, CUADRO No. 5

CUADRO QUE NOS DEMUESTRA EL TIPO DE TRATAMIENTO QUE SE DIO A LOS PACIENTES QUE PRESENTARON ARTRITIS GONOCÓCICA, ENCONTRANDO QUE DE UN TOTAL DE 43 PACIENTES, 42 (97,67%) RECIBIERON TRATAMIENTO CON PENICILINA PROCAÍNA, 800,000 UNIDADES INTRAMUSCULAR CADA 12 HORAS, CON REMISIÓN DE TODOS LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS, Y UN PACIENTE QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO CON ERITROMICINA POR HABER PRESENTADO ALERGIA A LA PENICILINA, EL CUAL TAMBIÉN TUVO BUENA EVOLUCIÓN.

TRATAMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
PENICILINA PROCAÍNA	42	97,67
ERITROMICINA	1	2,32
TOTAL	43	100,00

CUADRO No. 6

PACIENTES QUE RECIBIERON QUIMIOTERAPIA POR ARTRITIS GONOCÓCICA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE

Dios, 1973 - 1980.

VII ANALISIS Y DISCUSION

A PESAR DEL ALTO GRADO DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES VENÉREAS EN NUESTRO MEDIO, LA FRECUENCIA ENCONTRADA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LOS AÑOS COMPRENDIDOS DE ENERO 1973 A DICIEMBRE 1980, LAS COMPLICACIONES OBSERVADAS DENTRO DE ELLAS LA ARTRITIS GONOCÓCICA SÓLO 43 CASOS EN UN PERÍODO DE 8 AÑOS. CON RESPECTO AL SEXO EN QUE SE OBSERVÓ MÁS FRECUENTE ESTA COMPLICACIÓN, FUE EL SEXO FEMENINO AL IGUAL QUE EN OTROS ESTUDIOS REVISADOS (32) (31) (28), DEBIDO A QUE EN EL SEXO FEMENINO PASA ASINTOMÁTICA EL INICIO DE ESTA ENFERMEDAD, QUE USUALMENTE SE CONTRAE POR CONTACTO DIRECTO, SE HA ESTIMADO QUE HASTA EN EL 3% DE MUJERES CON GONORREA SE DESIGNINA LA INFECCIÓN, Y HAY MAYOR PROPENSIÓN A QUE OCURRA DURANTE EL EMBARAZO Y/O POCO DESPUÉS DE LA MESTRUACIÓN (32) (31). LA ARTICULACIÓN MÁS

AFECTADA AL IGUAL QUE EN LA LITERATURA REVISADA
(12) (14) (26) (32) (31) (28) DE OTROS PAÍSES Y
DEL ESTUDIO EFECTUADO EN EL CENTRO HOSPITALARIO
(HOSPITAL ROOSEVELT) SE OBSERVÓ QUE LAS ARTICU-
LACIONES DE LAS RODILLAS SON LAS MÁS AFECTADAS,
SIGUIENDO EN ORDEN DE FRECUENCIA LOS MALEOLOS ,
ARTICULACIONES DISTALES DEL ANTEBRAZO (MUÑECA).
EN ESTAS DOS ÚLTIMAS HAY BARIABILIDAD CON RES -
PECTO A LA LITERATURA, PERO LA DIFERENCIA EN -
TRE ESTAS DOS ES LEVE EN PORCENTAJE. LA EDAD EN
QUE SE OBSERVÓ MÁS FRECUENTE ESTA COMPLICACIÓN,
ESTÁ COMPRENDIDA ENTRE LOS 15 A 25 AÑOS DE EDAD,
UN POCO MÁS BAJO, EN COMPARACIÓN CON ESTUDIOS E
FECTUADOS EN OTROS PAÍSES (32) (31) (3) (2) -
MIENTRAS QUE LOS EFECTUADOS EN NUESTRO PAÍS -
COINCIDEN CON LAS MISMAS EDADES. SEGURAMENTE
POR LA BAJA CULTURA DE NUESTRO PAÍS, QUE ENCIE-
RRA EN SÍ (PROMISCUIDAD, FALTA DE ATENCIÓN MÉDI
CA, IGNORANCIA DE LAS COMPLICACIONES, ETC.) LO

QUE CONLLEVA QUE ESTA ENFERMEDAD AHORA TAN FRECUENTE, TENGA ESTE TIPO DE COMPLICACIONES Y UNA DE LAS RAZONES MÁS IMPORTANTES, LA LIBERTAD QUE HAY, LO QUE SE HA LLAMADO INADECUADAMENTE CULTURA` LA FACILIDAD PARA OBTENER CUALQUIER TIPO DE CONTRACEPTIVO HA HECHO QUE ESTE PROBLEMA SOCIAL AHORA TAN ARRAIGADO SIGA CRECIENDO. CON RESPECTO AL TRATAMIENTO O RESISTENCIA QUE EL GERMEN - HAYA ADQUIRIDO, AL TRATAMIENTO CON PENICILINA COMO EL ANTIBIÓTICO DE PRIMERA ELECCIÓN, NO SE ENCONTRÓ NINGÚN TIPO DE RESISTENCIA EN NUESTRO ESTUDIO, SIN EMBARGO HAY ESTUDIOS DE OTROS PAÍSES, EN DONDE HAN SIDO REPORTADOS CASOS DE RESISTENCIA AL ANTIBIÓTICO POR LA PRODUCCIÓN DE UNA PENICILINASA BETA LACTAMASA, CON LA CUAL HA ADQUIRIDO RESISTENCIA. (1) (10) (18) (19) (20) (21) (24) (31)

EL MEDICI DE CULTIVO DE ELECCIÓN LO CONSTITUYE EL MEDIO DE TAYER MARTIN QUE CONTIENE VANCOMICINA, COLISTIMEATO SÓDICO Y NISTATINA, -

PERMITE EL CRECIMIENTO DE *N. MENINGITIDIS* Y *N. GONOCÓCICA*. CON EL USO DE ANTICUERPOS FLUORESCENTES SUELE SER POSIBLE IDENTIFICAR CON PRECISIÓN *N. GONORRHOAE* EN EXUDADOS EN EL TRANScurso DE UNA HORA DE OBTENER LA MUESTRA.

AL IGUAL QUE LA *N. GONORRHOAE* PUEDE DISTINGUIRSE DE OTRAS *N.* POR SU CAPACIDAD DE FERMENTAR LA GLUCOSA, PERO NO LA MALTOSA O LA SACAROSA. LA IDENTIFICACIÓN DEL MICROORGANISMO EN EL LÍQUIDO SINOVIAL DE LA ARTICULACIÓN INTERESADA Y EL HEMOCULTIVO DÁNDOLE CARÁCTER, DE DIAGNÓSTICO DEFINITIVO EN CASO DE SER ENCONTRADO POSITIVO ESTE TIPO DE CULTIVO. MIENTRAS QUE OTROS CULTIVOS COMO OROCULTIVO, COPROCULTIVO, UROCULTIVO, CULTIVO DE LESIONES DÉRMICAS, CULTIVO DE SECRECIÓN CERVICAL, SÓLO CONSTITUYEN EN SÍ UN DIAGNÓSTICO PROBABLE, EL CUADRO CLÍNICO, GRAM DE SECRECIONES POSITIVO, RESPUESTA AL TRATAMIENTO CONSTITUYEN UN DIAGNÓSTICO POSIBLE.

CON RESPECTO AL TRATAMIENTO QUE SE DIO A

LOS PACIENTES QUE PRESENTARON ARTRITIS GONOCÓICA, SE ENCONTRÓ, QUE DE UN TOTAL DE 43 PACIENTES, 42 (97.67%) RECIBIERON TRATAMIENTO CON PENICILINA PROCAÍNA 800,000 UNIDADES I.M. CADA 12 HORAS CON REMISIÓN DE TODOS LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS, Y UN PACIENTE (2.32%) QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO CON ERITROMICINA POR HABER PRESENTADO ALERGIA A LA PENICILINA, EL CUAL TAMBIÉN TUVO BUENA EVOLUCIÓN, LO QUE DEMUESTRA QUE EN NUESTRO MEDIO, EL TRATAMIENTO CON PENICILINA SIGUE SIENDO EFECTIVO.

CON RESPECTO A NUESTRAS HIPÓTESIS PODEMOS DECIR QUE, SE LOGRÓ COMPROBAR QUE EN REALIDAD EL SEXO MÁS AFECTADO POR ESTA COMPLICACIÓN LO CONSTITUYE EL SEXO FEMENINO, POR DIFERENTES CAUSAS LAS CUALES NO SE HAN COMPROBADO A CABALIDAD, SEGÚN NUESTRA SEGUNDA HIPÓTESIS SE COMPROBÓ QUE SÓLO EL 39% (17 CASOS) DE UN TOTAL DE 43 CASOS, FUERON DIAGNOSTICADOS PRESUNTIVAMENTE, YA QUE 16 CASOS (37.21%) FUERON DEFINITIVOS, Y EL RES

TO 10 (23,25%) POSIBLES, LO QUE NOS DEMUESTRA -
QUE SE PUEDE LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
EN UN ALTO PORCENTAJE, CONSIDERANDO SIEMPRE QUE
EL PACIENTE NO HAYA TENIDO TRATAMIENTO PREVIO ,
COMO REGULARMENTE OCURRE, EN QUIENES ES DEFÍCIL
COMPROBAR EL DIAGNÓSTICO, CULTIVANDO EL MICROOR
GANISMO DE OTRAS ÁREAS DEL CUERPO AFECTADAS. -
CON RESPECTO A LA FIEBRE PRESENTADA POR LOS PA-
CIENTES A SU INGRESO AL HOSPITAL, EL 67,54% PRE
SENTARON FIEBRE MAYOR DE $37^{\circ}5$ DE UN TOTAL DE 43
PACIENTES Y EL TIPO DE ARTROPATÍA MÁS FRECUEN -
TES FUERON LAS POLIARTROPATÍA NO SIMÉTRICA, SI-
GUIENDO LAS POLIARTROPATÍA MIGRATORIAS Y POSTE-
RIORMENTE LAS POLIARTROPATÍA SIMÉTRICAS 10 (23,
25%) RELACIONADAS, AL IGUAL QUE EN LA LITERATU-
RA REVISADA.

ANEXO No. 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ARTRITIS GONOCÓCICA.

DIAGNOSTICO

DEFINITIVO

CULTIVO LÍQUIDO SINOVIAL POSITIVO

HEMOCULTIVO POSITIVO

PROBABLE

UROCULTIVO POSITIVO

CULTIVO DE PIEL POSITIVO

CORPOCULTIVO POSITIVO

CULTIVO SEC. URETRAL POSITIVO

CULTIVO SEC. CERVICAL POSITIVO

DIPLOCOCO GRAM-INTRACELULAR + CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE

POSIBLE

CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE

CULTIVO NEGATIVO

GRAM DE SECRECIÓN POSITIVO

RESPUESTA AL TRATAMIENTO

ANEXO No. 2

EXAMEN DEL LIQUIDO ARTICULAR

Parámetro	Normal	Grupo 1 (no inflamatorio)	Grupo 2 inflamatorio	grupo 3 séptico
Volumen ml. rodilla	3.5	a menudo 3.5	a menudo 3.5	3.5
Color	amarillo	amarillo	amarillo opalescente	amarillo a verde
Viscosidad	elevado	elevado	disminuido	variable
Células blancas/mm ³	200	200-2000	2000 - 100,000	100,000
Leucocitos PMN. %	25	25	50	75
Cultivo	neg.	neg.	neg.	a menudo positivo
Coágulo de musina	firme	firme	desmenusable	desmenusable
Glucosa mg/100 ml.	casi igual sangre	casi igual a sangre	25 menor que en sangre	25 mucho menor que sangre.

VIII CONCLUSIONES

1. EN NUESTRA SERIE ESTUDIADA, SE COMPROBÓ QUE LA ARTRITIS GONOCÓCICA OBTUVO UNA FRECUENCIA DE 43 CASOS DURANTE LOS OCHO AÑOS ESTUDIADOS.
2. SE DETERMINÓ QUE EL SEXO MÁS AFECTADO FUE EL SEXO FEMENINO.
3. LA EDAD EN QUE MÁS SE OBSERVÓ ESTA COMPLICACIÓN ESTÁ COMPRENDIDA ENTRE LOS 15 Y 25 AÑOS.
4. EL MEDIO DE CULTIVO MÁS ADECUADO SIGUE SIENDO IHAYER MARTIN, Y EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO LO DA, EL IDENTIFICAR EL MICROORGANISMO EN EL LÍQUIDO SINOVIAL, Y/O HEMOCULTIVO.
5. SE COMPROBÓ QUE EL 97.67% TUVIERON UNA RESPUESTA ADECUADA AL TRATAMIENTO CON PENICILINA PROCAÍNA Y SOLAMENTE UN 2.32% RECIBIÓ TRATAMIENTO CON ERITROMICINA, POR HABER PRESENTADO ALERGIA A LA PENICILINA.
6. LA ARTICULACIÓN MÁS AFECTADA FUE LA RODILLA

27.46% SIGUIENDO EL MALÉOLO Y EN TERCER LUGAR LA MUÑECA CON 15.49%.

7. LA POLIARTROPATÍA NO SIMÉTRICA FUE LA MOLESTIA ARTICULAR QUE SE PRESENTÓ EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.
8. LA ARTROTOMÍA ES UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RESERVO PRINCIPALMENTE EN LA AFECCIÓN DE LA CADERA, CUANDO HAY FRACASO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CUALQUIER ARTICULACIÓN.
9. SE DETERMINÓ QUE EL HALLAZGO DE FIEBRE SE PRESENTÓ EN EL 67.5% DE PACIENTES.
10. NUESTRA PRIMERA HIPÓTESIS, SE PUDO COMPROBAR, AL DETERMINAR QUE EL SEXO FEMENINO FUE EL MÁS AFECTADO.
11. CON RESPECTO A NUESTRA SEGUNDA HIPÓTESIS SE DETERMINÓ QUE EL 39.53% SE DIAGNÓSTICO CON PROBABLE, UN PORCENTAJE MENOR AL QUE SE HABÍA ESTABLECIDO.

RECOMENDACIONES

1. PUBLICAR LOS TRABAJOS EFECTUADOS, DE ESTOS ESTUDIOS A NUESTRA COMUNIDAD, PARA HACER - CONCIENCIA DE LAS COMPLICACIONES, DE ESTAS ENFERMEDADES.
2. EFECTUAR ESTUDIOS TENDIENTES A CONOCER LA SITUACIÓN ACTUAL DE NUESTRO PAÍS, Y DE ESTA FORMA DAR TRATAMIENTO Y EVITAR COMPLICACIONES COMO LA ARTRITIS GONOCÓCICA.
3. HACER ÉNFASIS, QUE COMPLICACIONES DE ESTE TIPO EL TRATAMIENTO DEBE SER HOSPITALARIO.



BIBLIOGRAFIA

1. Penicillin sensitivity and serum resistance are independent attributes of strains of neisseria gonorrhoeae causing disseminated gonococcal. Einstein B.I. et al. Infect immun 15(3); 834-41, Mar 77.
2. Acute Venereal Arthritis. Comparative study of - acute reiter syndrome and acute gonococcal arthritis. Mc cord WC, et al Arch Intern Med. 137(7): 858-62 Jul 77.
3. A case of gonococcal osteomyelitis, a complication of gonococcal arthritis angerine C.D. et al. Am J - Dis Child 130 (9) 1013-4 Sep. 76.
4. Spectrum of gonococcal arthritis evidence for sequential stages and clinical subgroups. Gellfand SG et al. J. Rheumatol 2(1) 83-90 Mar 75.
5. Letter gonococcal arthritis magee g. JAMA 234 (13): 1320-1 29 dec. 75.
6. Gonococcal With arthritis, dermatitis and mycarditis. Fraser HS. et al Postgrad Med. 50(590): 759-64 Dec 74.
7. Treatment of the gonococcal arthriris dermatitis - syndrome handsfield HH. et al. Ann Intern Med 84 - (6): 661-7 Jun 76.
8. Suppurative gonoccal arthritis. Jacobs NF Jr JAMA 235 (13) 1357 28 Dec 76.
9. Penicillin- sensitive gonococci and polyarthrits (editorial) Stollerman GH JAMA 236 (21): 2433-4 22 Nov. 76.

10. Low dose penicillin for gonococci arthritis. A - comparative therapy trial the than DE, et al JAMA 236 (21) 2410-2 22 Nov. 76.
11. Gonococcal arthritis in a two week-old infant - treated by arthrotomy. Fitz hugh AS, et al J Arkansas Med. Soc 71(10) 302-3 Mar 75.
12. Identification of neisseria gonorrhoeae in synovial membrane by electron microscopy. Garci-Kutzbach A, et al J. Infect Dis 130: 1983-6 Aug 74.
13. Neonatal gonococcal arthritis three cases and review or the literature. Kchen DP Pediatrics 53: 436-40 Mar 74.
14. Pedersen AHB the gonococcal arthritis dermatitis syndrome Ann Intern Med. 75: 470-1 1971.
15. Barr J. Danielsson D. septic gonococcal dermatitis clinical features of 42 cases arch, Intern Med - 117: 661-6 1966.
16. Schrueter A L Reynolds G. the rectal culture AS a tes of cure of gonorrhea in the female J. Infect Dis 125: 499-503 1972.
17. Blankenship RM Holmes RK Sanford PJ Treatment of disseminated gonococcal infeccion a propetive evaluation of shorttern antibiotiv therapy. N Engl - Med 290: 267-69 1974.
18. Treathan D.E. M.C. cravery J.W. Mass A.T. Low dose penicillin for gonocaal arthritis a comparative therapy trial JAMA 236: 2410-2412 1976.
19. Penicillin resistant gonococcal poliartthritis Martin I. Leftik, Jerry W Miller and Joel D. Braun

(Lt. col Brow) Infectious Disease service, Box 332
tripler Army Medical center, Honolulu, Hawaii 96438.

JAMA 239(2) 134 January 9 1978.

20. Penicillin-resistance gonococci (letter) S Selwyn and
M. Bakhtiar Westminster Medical School, London SWL.
England Br. Med. J 2(6079) 118-9 July 9 1977.
21. Resistant gonococcus from the Ivory Coast. (letter)
P Piot-Laboratory of bacteriology, Institute for -
tropical Medicine 2000 Antwerp, Belgium. LANCET -
1(8016) : 857 April 16 1977.
22. Immunity to gonococcal infection induced by vacci-
nation with isolate outer membrane of neisseria go-
norrhoeae in guinea pigs. Thomas M. Buchanan and -
Robert J Arko-Immunology Research Laboratory, US
Public Health Service Hospital 1131 14th Avenue -
South, Seattle, Washington 98114 J. J Infect Dis
135 (6): 879-887 June 1977.
23. Gonococcal tenosynovitis - dermatitis and septic
arthritis Intravenous Penicillin vs oral erythromi-
cin. Thompson SE 3d et al JAMA 1980 Sep Jul; 38
(4) : 175-9.
24. Gonococcal drug resistance and treatment of gono-
rrhoeae in Nairobi Perine PL et al East Afr Med J
1980 April 57 (4): 238-46.
25. ESR in gonococcal arthritis (letter) Tan PK et al
Br Med J 1 (6163): 621-2 3 Mar 79.
26. Gonococcal arthritis (letter) Br Med J. 1(6158):
265-7 Jan - 79.
27. A clinic - based system for monitoring the quali-
ty of techniques for the diagnosis of gonorrhoeae,

Judson FN. Sex Transm Dis 5(4): 141-5 Oct-Dec 1978.

28. Vásques Sandoval R. G.: Artritis Gonocócica diagnóstico y tratamiento. Tesis de graduación.
Fac. CCMM USAC 1979.
29. Penados Zetina F.J. Artritis Séptica en Adultos.
Tesis de graduación.
Fac. CCMM USAC 1980.
30. Mazariegos Morales C. E. Artritis Séptica en Niños.
Tesis de graduación.
Fac. CCMM USAC 1979
31. Cecil-Loeb: TRATA DE MEDICINA Interna. Edición es
pañola décimocuarta edición. Editorial Interamerií
cana, S. A. 1977. Pp. 386-87
32. Krugman S. Enfermedades Infecciosas. Edición espa
ñola. Sexta edición. Editorial Interamericana,
S. A. 1979. PP. 79-80.

Dr.

Gustavo

GUSTAVO A. GONZALEZ PEYNADO.

Asesor
DGR. AXEL OLIVA GONZALEZ.

Dr.

Eduardo

EDUARDO SAMAYOA.

Decano

OS A. WALDHEIM C.

Dr.

Jaime

JAYME GOMEZ ORTEGA

Dr.

Carlos

Director de Fase III

CARLOS A. WALDHEIM C.