

# Casos de Microbiología Clínica

## Caso nº 506

### Corioamnionitis por *Neisseria gonorrhoeae*.

#### Descripción

Mujer de 29 años, primigesta de 33 semanas, que acudió a Urgencias por sensación de hidrorrea con "aguas claras" desde hacía una hora, sin fiebre ni otros síntomas acompañantes.

Como antecedentes sólo presentaba una intervención quirúrgica 10 años antes por condilomas cervicales.

Los urocultivos realizados en el primer y segundo trimestre fueron negativos, y no se realizó cultivo vaginal/rectal. Las serologías de toxoplasma, VHB, VHC y VIH resultaron negativas.

En la exploración ginecológica se observó rotura prematura de membranas. Se solicitó sedimento de orina, cultivo vaginal y endocervical, pruebas analíticas, y se la ingresó, indicándose tratamiento antimicrobiano con eritromicina 500 mg/6 h durante 7 días v.o. como profilaxis. A las 48 h estaba asintomática y afebril, pero en la analítica de control apareció una leucocitosis de  $30,8 \times 10^9/L$  con 87% de neutrófilos y proteína C reactiva de 7,77.

Bajo la sospecha de corioamnionitis se realizó una amniocentesis, obteniéndose 7,5 mL de un líquido ligeramente turbio que se envió al Servicio de Microbiología para examen microscópico urgente y cultivo.

El residente observó en la tinción de Gram cocos gram-variables agrupados en parejas. El adjunto de guardia decidió realizar una tinción de Gram sin el colorante de contraste, en la que no se observaron micro-

organismos. Se informó telefónicamente de la presencia de diplococos probablemente gramnegativos con abundantes leucocitos.

Con el diagnóstico de corioamnionitis, se inició tratamiento antimicrobiano con una primera dosis de 2 g de ampicilina seguida de 1 g/6 h y una primera dosis de 120 mg de gentamicina seguida de 80 mg/8 h.

Esa misma tarde la paciente dio a luz por parto eutócico a un recién nacido con Apgar 7/9 al que se trasladó a la Unidad de Neonatología. El postparto transcurrió sin incidencias.

A las 48 h el Servicio de Microbiología informó que el cultivo del líquido amniótico era positivo a *Neisseria gonorrhoeae*. Se modificó el tratamiento antimicrobiano administrándose únicamente 1 g de ceftriaxona por vía endovenosa (e.v.) y posteriormente cefixima 400 mg/día v.o. durante 6 días. En el cultivo vaginal y endocervical se aisló el mismo microorganismo. Reinterrogada la paciente explicó que los 2 meses anteriores había tenido un exudado vaginal verdoso, pero no maloliente.

Al neonato se le administró pomada de eritromicina ocular al nacer. Los cultivos de control obtenidos en el momento del parto [hemocultivos, líquido cefalorraquídeo (LCR) y exudados óticos] resultaron negativos. Fue tratado profilácticamente con ampicilina y gentamicina hasta conocer el cultivo materno, momento en el que se cambió a cefotaxima. Evolucionó favorablemente. ■

#### Caso descrito y discutido por:

**Albert Bernet Sánchez**  
Servicio de Microbiología  
y Parasitología  
Hospital Universitari de la  
Vall d'Hebron  
Barcelona

Correo electrónico:  
[ertoreil@gmail.com](mailto:ertoreil@gmail.com)

#### CON LA COLABORACIÓN EDITORIAL DE:

**Dr. JUAN IGNACIO ALÓS**  
Servicio de Microbiología.  
Hospital Universitario de Getafe  
Getafe - Madrid.

#### Editado por:

**FRANCISCO  
SORIA  
MELGUIZO, S.A.**

Caramuel 38, 28011 Madrid  
Tel. 91 464 94 50  
Fax. 91 464 62 58  
<http://www.f-soria.es>

## 1. ¿Cuándo sospechar y cómo diagnosticar la corioamnionitis?

El diagnóstico se establece con dos o más de los siguientes criterios: a) temperatura superior a 38°C, leucocitosis con desviación a la izquierda o proteína C reactiva elevada; b) líquido amniótico purulento, tinción de Gram con microorganismos, más de 50 leucocitos por campo, glucosa inferior a 10 mg/100 mL o esterasa leucocitaria positiva; c) feto con taquicardia basal.

La corioamnionitis se produce de forma más frecuente por vía ascendente, sobre todo tras rotura prematura de membranas (30-40%), por lo que cabe prevenirla ante esta situación. ■

## 2. ¿Cuáles suelen ser los agentes etiológicos más frecuentes de la corioamnionitis?

La corioamnionitis suele ser polimicrobiana, predominando los microorganismos de la flora del tracto genital (enterobacterias, estreptococos, bacterias anaerobias,...). Otros agentes menos frecuentes pueden ser los responsables de las infecciones de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*, micoplasmas genitales, *Neisseria gonorrhoeae*,...).

Si en la tinción se observan diplococos gramnegativos asociados a abundantes leucocitos, se debe sospechar como primera opción *N. gonorrhoeae*, que además puede cursar de forma asintomática en la mujer. ■

## 3. ¿Cuáles son las características microbiológicas del gonococo y como se efectúa su identificación presuntiva?

La mayoría crecen muy bien en agar sangre y en agar chocolate incubados a 37°C y con 5-10% de CO<sub>2</sub>. A las 24 horas aparecen colonias pequeñas, blanco-grisáceas, brillantes, catalasa y oxidasa positivas. En la tinción de Gram se visualizan diplococos gramnegativos.

En muestras genitales es conveniente sembrar siempre un medio selectivo con antibióticos como el de Thayer-Martin, donde también crecen otras especies del género *Neisseria* (*N. meningitidis* y *N. lactamica*).

La identificación bioquímica de especie se puede realizar por el estudio de la utilización de azúcares [glucosa (+), maltosa (-), lactosa (-), sacarosa (-), y fructosa (-)] o técnicas comerciales como el API NH o Vitek 2 NH (bioMérieux). Complementariamente se puede realizar una prueba de aglutinación de los antígenos capsulares (Phadebact®). ■

## 4. ¿Cuáles son las infecciones gonocócicas neonatales?

La conjuntivitis gonocócica del recién nacido (*oftalmia neonatorum*) es la más habitual, puede conllevar ulceraciones o perforaciones corneales, pudiendo llegar a causar ceguera sin un tratamiento adecuado.

La artritis y la sepsis neonatal son poco frecuentes.

Otros cuadros clínicos más leves son rinitis, vaginitis e infecciones en los lugares donde se obtienen muestras durante la moni-

zación anteparto (abscesos de cuero cabelludo).

La infección se produce por exposición en el momento del parto y suele manifestarse a los 2-5 días del nacimiento.

Una gonorrea durante el embarazo se asocia a aborto espontáneo, trabajo prematuro de parto, rotura prematura de membranas y aumento de la mortalidad perinatal. ■

## 5. ¿Cuál es el tratamiento profiláctico de la corioamnionitis? Una vez conocido el agente causal, ¿cuál es el tratamiento de elección en este caso?

La profilaxis de la corioamnionitis se realiza con el objetivo de cubrir básicamente *Escherichia coli* y *Streptococcus agalactiae*, generalmente con una combinación de ampicilina y gentamicina. Sin embargo, en los casos en que es necesaria una cesárea, se requiere la cobertura de anaerobios para evitar la endometritis postparto, añadiendo clindamicina o metronidazol.

En la infección genital por *N. gonorrhoeae* se utiliza dosis única de ceftriaxona, 250 mg i.m., o cefixima, 400 mg v.o. En caso de infección diseminada, como el que nos ocupa, ceftriaxona 1 g/día i.m. o e.v., que a partir del segundo o tercer día se puede sustituir por cefixima v.o. hasta completar 10 días.

El estudio de la sensibilidad antimicrobiana del gonococo aislado en esta paciente se realizó por el método del disco-difusión en Muller-Hinton con un 5% de sangre y el estudio de la concentración mínima inhibitoria (CMI) por E-test (bioMérieux). La cepa fue resistente a ciprofloxacino (CMI: 32 mg/L), con sensibilidad disminuida a penicilina (CMI: 0,25 mg/L) y sensible a ceftriaxona (CMI: 0,016 mg/L), amoxicilina-ácido clavulánico y espectinomicina. La producción de beta-lactamasa por el método acidométrico fue negativa.

Cabe recordar que hace falta diagnosticar y en su caso tratar la/s pareja/s sexual/es de la paciente. ■