

Cuando escuches cascos, piensa en caballos, pero no te olvides de las cebras. Faringitis por sexo oral, a propósito de un caso.

Cando escoites cascos, pensa en cabalos, pero non te esquezas das cebras. Farixinte polo sexo oral, a propósito dun caso.

When you hear hooves, think horse, but don't forget zebras. Oral sex pharyngitis, about a case.

AUTORES

David Alfonso Luna Álvarez¹. María Pumar Álvarez². Alberto José del Álamo Alonso³.

¹MÉDICO RESIDENTE DE 4 AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE.

²MÉDICO RESIDENTE DE 2 AÑO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE.

³MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN CENTRO DE SALUD NOVOA SANTOS. OURENSE.

Autor para correspondencia: David Alfonso Luna Álvarez. E-mail: davidnaval4@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En este artículo se presenta el caso de un paciente varón de 30 años, que consulta en nuestro centro de salud por presentar desde hace 2 semanas odinofagia intensa, sin fiebre, ni tos, con aparición de adenopatía laterocervical izquierda dolorosa y astenia. No refiere síntomas mayores.

No destacan antecedentes personales de interés, salvo intervención en la infancia de amigdalectomía por faringoamigdalitis de repetición. No hábitos tóxicos ni tratamiento farmacológico crónico.

En la exploración física inicial destaca presencia de eritema en pilares anteriores, sin exudados, adenopatía laterocervical izquierda dolorosa, rodadera de un tamaño en torno a 1cm, no adherida a planos, con auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos ni extratonos.

DIAGNÓSTICO

A la semana acude el mismo paciente a consulta refiriendo empeoramiento de odinofagia con imposibilidad para la ingesta, continúa sin fiebre, ni tos y la adenopatía persiste, además refiere antecedentes de relación sexual vía oral sin método de barrera en las dos semanas previas a la aparición del cuadro.

Por este motivo se decide realizar serología con pruebas de detección de ITS y un examen de exudado oral para descartar Chlamydia y Gonorrea y se administra tratamiento con azitromicina 1g V.O. y ceftriaxona de 1g IM (dosis habitual de 500mg, se administra doble dosis por resistencias del medio) por el antecedente de la relación de riesgo.

Pasados diez días se reciben los resultados de la serología y del exudado, evidenciando una serología negativa para VHB, VIH, sífilis y positividad para *Streptococcus disgalactiae* (una bacteria saprófita de la mucosa oral) y *Neisseria gonorrhoeae*, en clara relación a contacto sexual pasado.

El paciente refiere desaparición de la clínica pasados tres o cuatro días del tratamiento administrado.

Se le informa de que debe avisar del resultado a sus parejas sexuales de los 60 días anteriores al resultado de la prueba, al tratarse la gonorrea de una enfermedad de declaración obligatoria y la necesidad de administrar tratamiento profiláctico y que debe realizar serología de control a los 3 y 6 meses por el período de ventana de algunas ITS y se cita de nuevo a la semana para repetir exudado y asegurarse de la completa erradicación del patógeno.

Pasados quince días llega el resultado del exudado con negatividad para *Neisseria gonorrhoeae*.

CONCLUSIONES

Siempre se debe pensar en la patología más frecuente ante la aparición de determinados cuadros clínicos, sin descartar los menos frecuentes.

Se produce una infraestimación de las infecciones de transmisión sexual, debido a la poca expresividad clínica de la mayoría de ellas y el estigma que conllevan asociado.

En las ITS de origen bacteriano siempre se debe realizar test para confirmación de erradicación.

La Gonorrea es una Enfermedad de Declaración Obligatoria, se debe comunicar a todos los contactos con el caso índice en los sesenta días previos al diagnóstico para iniciar tratamiento preventivo y realizar pruebas diagnósticas.

Figura 1.



Consentimiento informado: Los autores de este caso clínico declaramos que se obtuvo el consentimiento informado, oral y escrito, para la publicación de este caso clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Costa-Lourenço APR da, Barros Dos Santos KT, Moreira BM, Fracalanza SEL, Bonelli RR. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae*: history, molecular mechanisms and epidemiological aspects of an emerging global threat. *Braz J Microbiol* [Internet]. 2017 [citado el 16 de diciembre de 2022];48(4):617–28.
2. Quillin SJ, Seifert HS. *Neisseria gonorrhoeae* host adaptation and pathogenesis. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. 2018 [citado el 16 de diciembre de 2022];16(4):226–40.

3. Unemo M, Golparian D, Eyre DW. Antimicrobial Resistance in *Neisseria gonorrhoeae* and Treatment of Gonorrhea. *Methods Mol Biol* [Internet]. 2019 [citado el 16 de diciembre de 2022];1997:37–58.

4. Lin EY, Adamson PC, Klausner JD. Epidemiology, treatments, and vaccine development for antimicrobial-resistant *Neisseria gonorrhoeae*: Current strategies and future directions. *Drugs* [Internet]. 2021 [citado el 16 de diciembre de 2022];81(10):1153–69.

5. Fernández-López C, Morales-Angulo C. Otorhinolaryngology manifestations secondary to oral sex. *Acta Otorrinolaringol (Engl Ed)* [Internet]. 2017 [citado el 16 de diciembre de 2022];68(3):169–80.