

Margarita Bolaños, Olga Afonso,
O. Evora Santana, Guillermo Gil^a
y Antonio M. Martín Sánchez

Servicios de Microbiología y ^aMedicina
Interna. Hospital Universitario Insular de
Gran Canaria.

Bibliografía

- Burman LA, Norrby R, Trollfors B. Invasive pneumococcal infections: incidence, predisposing factors, and prognosis. *Rev Infect Dis* 1985; 7: 132-142.
- Steiner JL, Septimus EJ, Vartian CV. Infection of the psoas muscle secondary to *Streptococcus pneumoniae* infection. *Clin Infect Dis* 1992; 15: 1.047-1.048.
- DiNubile MJ, Albornoz MA, Stumacher RJ, Van Uitert BL, Paluzzi SA, Bush LM, et al. Pneumococcal soft-tissue infections: possible association with connective tissue disease. *J Infect Dis* 1991; 163: 897-900.
- Patel M, Ahrens JC, Moyer DV, DiNubile MJ. Pneumococcal soft-tissue infections: a problem deserving more recognition. *Clin Infect Dis* 1994; 19: 149-151.
- Rodríguez Barradas MC, Musher DM, Hamill RJ, Dowell M, Bagwell TJ, Sanders CV. Unusual manifestations of pneumococcal infection in human immunodeficiency virus-infected individuals: the past revisited. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 192-199.
- Lawlor MT, Crowe HM, Quintiliani R. Cellulitis due to *Streptococcus pneumoniae*: case report and review. *Clin Infect Dis* 1992; 14: 247-250.
- Kragsbjerg P, Norén T, Söderquist B. Deep soft-tissue infections caused by *Streptococcus pneumoniae*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1995; 14: 1.002-1.004.
- Peetermans WE, Buyse B, Vanhoof J. Pyogenic abscess of the gluteal muscle due to *Streptococcus pneumoniae*. *Clin Infect Dis* 1993; 17:939.
- Ramos JM, Cuenca M, Fernández ML. Estudio retrospectivo y comparativo de la bacteriemia neumocócica en pacientes con hepatopatía crónica. *An Med Intern (Madrid)* 1996; 13:313-316.
- Monte R, Casariego E, Mateos A, Rigueiro T, Alonso P, Rodríguez A, Corredoira J. Perfil clínico y pronóstico de las bacteriemias en pacientes cirróticos de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh. *Rev Clin Esp* 1999; 11: 716-721.

Endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*: una enfermedad profesional poco frecuente y de diagnóstico difícil

Sr. Director. *Erysipelothrix rhusiopathiae* es un bacilo grampositivo anaerobio facultativo responsable principalmente de una infección cutánea localizada denominada erisipeloide de Rosenbach¹. La bacteriemia generalmente asociada con endocarditis (hasta en un 90%) es una complicación rara de la infección por *E. rhusiopathiae* en el hombre¹. Se han publicado alrededor de 60 casos de

endocarditis en el mundo², y con pocos casos publicados por autores españoles y recogidos en la base de datos Pub Med (años 1985-2000)³⁻⁵. Aportamos un nuevo caso de endocarditis producida por este microorganismo que planteó dificultades para su diagnóstico clínico y microbiológico.

Se trata de un hombre de 35 años de edad con antecedentes personales de amigdalectomía en la niñez por "fiebre reumática", apendicectomía, traumatismo craneoencefálico sin secuelas posteriores y "soplo cardíaco" asintomático detectado unos años antes en una revisión laboral.

Tres semanas antes, comenzó con fiebre de 38°C de predominio vespertino, en un inicio acompañada de vómitos alimentarios y diarrea verdosa, que se autolimitaron. Posteriormente, febrícula, artromialgias y cefalea, motivo por el cual acudió a Urgencias donde se efectuó una punción lumbar que resultó normal, siendo remitido a su domicilio con el diagnóstico de proceso vírico agudo. A los cinco días acudió de nuevo a Urgencias por persistencia de los síntomas, realizándose tomografía computarizada craneal que fue normal e ingresando al paciente en la Unidad de Corta Estancia. Previa extracción de hemocultivos, se comenzó tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico, quedando afebril y siendo dado de alta a las 48 horas. A los dos días de incubación los dos hemocultivos dieron positivos. La tinción de Gram reveló unos bacilos grampositivos finos, algunos curvados. A las 24 horas creció en el agar sangre unas colonias pequeñas α -hemolíticas de aspecto liso. El microorganismo era un cocobacilo grampositivo, catalasa negativo y resistente a vancomicina.

Una semana más tarde consultó en la Unidad de Enfermedades Infecciosas por molestias epigástricas y malestar general, persistiendo con febrícula. Reinterrogándole, trabajaba en una industria de pescado congelado y unos días antes del inicio del cuadro se cortó con una espina de pescado en el segundo dedo de mano izquierda, presentando pequeñas lesiones eritematosas y fiebre autolimitada con escalofríos.

En la exploración física destacaba una temperatura axilar de 38°C y en la auscultación cardíaca la presencia de un soplo sistólico III/VI en borde esternal izquierdo y un soplo diastólico aórtico precoz. Tras ingresar al paciente se extrajeron tres nuevas parejas de hemocultivos. En la analítica presentaba unos leucocitos de 7.700/mm³ con fórmula porcentual

normal, velocidad de sedimentación 60 mm y proteína C reactiva 50 mg/l. La radiografía de tórax fue normal. El ecocardiograma de dos dimensiones mostró un ventrículo izquierdo dilatado con buena fracción de eyección y la válvula aórtica presentaba engrosamiento de sus bordes con insuficiencia aórtica grave. En la ecocardiografía transesofágica los hallazgos fueron similares, sin claras imágenes de vegetaciones. En todos los hemocultivos extraídos se aisló *E. rhusiopathiae* resistente a vancomicina y aminoglicósidos y sensible a penicilina, amoxicilina, cefazolina y ciprofloxacina. Se trató con 20 x 10⁶ U de penicilina G sódica al día durante cuatro semanas, quedando afebril a los pocos días y permaneciendo asintomático hasta el alta.

E. rhusiopathiae suele encontrarse como comensal o patógeno en numerosos vertebrados e invertebrados como cerdos, ovejas, vacas, caballos, perros y numerosos peces. En estos últimos, el microorganismo suele permanecer en las escamas durante un largo período de tiempo sin causar enfermedad. La infección se adquiere por pinchazo o inoculación directa a través de la piel y no se transmite entre personas. La infección por *E. rhusiopathiae* es una enfermedad profesional, ya que afecta preferentemente a carniceros, pescadores, pescaderos, matarifes, amas de casa y veterinarios, en su mayoría hombres¹.

La endocarditis por *E. rhusiopathiae* cursa con fiebre, en algunos casos intermitente, y con menos frecuencia con otros signos/síntomas de endocarditis; hasta en un 36% de casos se suele encontrar el antecedente de erisipeloide². También pueden presentarse con signos meníngeos⁶ o fallo renal con glomerulonefritis^{4,5}. Suele afectar a la válvula nativa y, especialmente, a la válvula aórtica (60%)². El cuadro clínico puede complicarse con insuficiencia cardíaca^{4,5,7}, abscesos miocárdicos² o perforación valvular⁶. Gorby y Peacock² en su revisión de la literatura hasta 1987 encuentran una mortalidad del 38%, siendo la evolución más favorable en los casos publicados posteriormente⁵⁻⁷. El microorganismo puede confundirse con un estreptococo del grupo *viridans*, *Enterococcus* spp. o *Lactobacillus* spp. ya que produce α -hemólisis, puede adoptar en la tinción de Gram morfología cocobacilar grampositiva y es catalasa-negativo^{1,3}. Además, si se aplica el panel identificativo API Strepto y al ser resistente a vancomicina puede interpretarse como *Leuconostoc* spp. si bien éste es 1-pirrolido-

nil-beta-naftilamida (PYR) negativo y *E. rhusiopathiae* lo es positivo⁸. En nuestro caso, como en otros de la literatura^{1,3}, fue la sospecha clínica y epidemiológica la que ayudó al laboratorio de microbiología a acercarse al diagnóstico. La identificación suele realizarse mediante el panel API Coryne y con la producción característica de sulfídrico en el TSI (agar triptasa-soja)¹. La morfología de las colonias de *E. rhusiopathiae* pueden ser de dos tipos: unas pequeñas, convexas y de borde bien definidos generalmente asociadas con bacteriemia, y otras grandes, lisas y de bordes serrados asociadas con infecciones crónicas como artritis o endocarditis⁸. *E. rhusiopathiae* es intrínsecamente resistente a vancomicina y aminoglucósidos¹, por tanto el tratamiento recomendado es con penicilina G sódica, 12 a 20 x 10⁶ U, durante 4-6 semanas². Se han utilizado esquemas de tratamiento secuencial, inicialmente antibiótico parenteral durante 2 semanas seguido de administración oral² con buena evolución. Otros autores lo han tratado con ciprofloxacina con buena respuesta⁹. En la revisión de Gorby y Peacock² el 36% de los pacientes necesitaron sustitución valvular. En nuestro caso, con el tratamiento antibiótico y a pesar de la insuficiencia aórtica grave, la evolución fue favorable, si bien el grado de insuficiencia aórtica persiste tras el tratamiento. La endocarditis por *E. rhusiopathiae* es una infección infrecuente que debe sospecharse ante cualquier paciente con bacteriemia de un microorganismo cocobacilar grampositivo, α -hemolítico resistente a vancomicina y con antecedente de alguna de las profesiones de riesgo antes citadas.

Ana Maestre, José M. Ramos,
Matilde Elía^a y Félix Gutiérrez

Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Servicio de Medicina Interna

^aMicrobiología. Hospital General
Universitario de Elche. Alicante.

Bibliografía

1. Reboti AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: an occupational pathogen. Clin Microbiol Rev 1989; 2: 354-359.
2. Gorby GL, Peacock JE. *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis: microbiologic, epidemiologic, and clinical features of an occupational disease. Rev Infect Dis 1988; 10: 317-325.
3. Azofra J, Torres R, Gómez Garcés JL, Górgolas M, Fernández Guerrero ML, Jiménez Casado M. Endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Estudio de 2 casos y revisión de la literatura. Enferm Infecc Microbiol Clin 1991; 9: 102-105.
4. Giménez M, Fernández P, Padilla E, Matas L, Ausina V. Endocarditis and acute renal failure due to *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1996; 15: 347-348.
5. Carrillo JL, Coto A, Torrecilla R, Fernández-Miranda C. Endocarditis por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. An Med Interna 2000; 17: 200-201.
6. Boldron A, Bakhache E, Azar R. Endocardite aortique secondaire à une septicémie à *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Pres Med 1996; 25: 1.304.
7. Roblot P, Breux JP, Coisne D, Grignon B, Menu P, Gachignard L, et al. Endocardite à *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Un germe rare difficile à isoler. Press Med 1992; 21: 580-581.
8. Dunbar SA, Clarridge III JE. Potential error in recognition of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. J Clin Microbiol 2000; 38: 1.302-1.304.
9. MacGowan AP, Reeves DS, Wright C, Glover SC. Tricuspid valve infective endocarditis and pulmonary sepsis due to *Erysipelothrix rhusiopathiae* successfully treated with high doses of ciprofloxacin but complicated by gynaecomastia. J. Infect 1991; 22: 100-101.

Bacteriemia por *Campylobacter jejuni* en varón de 22 años con anemia hemolítica autoinmune

Sr. Director. *Campylobacter jejuni* es un bacilo gramnegativo, microaerófilo, de morfología espirilar, hallado en el tubo digestivo de animales, en particular de aves. Junto con *Salmonella enteritidis*, es la bacteria que causa mayor número de cuadros de gastroenteritis y diarreas en nuestro medio^{1,2}.

Campylobacter spp. puede colonizar el tubo digestivo y causar bacteriemia, endocarditis, peritonitis, y sepsis oportunista, especialmente en pacientes inmunodeprimidos^{1,3-5}.

Presentamos un nuevo caso de bacteriemia por *C. jejuni* en paciente con anemia hemolítica autoinmune, sometido a tratamiento inmunosupresor con esteroides.

Se trata de un varón de 22 años diagnosticado, desde hace tres años, de anemia hemolítica autoinmune sin causa identificada hasta el momento. Entre sus antecedentes personales destaca una parotiditis cuatro años antes y alergia a los betalactámicos. En los últimos meses requirió varios ingresos en nuestro hospital por anemización, que cedió con tratamiento esteroideo. Acude al servicio de Urgencias por presentar un dolor intenso en la rodilla derecha y fiebre de 39,2°C. A la exploración física destacaba una ictericia generalizada de piel y mucosas, esplenomegalia, taquicardia sinusal (130 l/m) y bamboleo rotuliano en ambas rodillas, siendo el resto de la exploración física normal. No refería sintomatología digestiva.

En la analítica sanguínea destacaba leucopenia 1.800 células/mm³, Hb 5,7 g/l, GPT: 99 UI/l, LDH: 642 UI/l, y bilirrubina total: 7,8 mg/dl (1:5,9, D: 1,9). En la radiografía de tórax no se observaron alteraciones. El ecocardiograma fue normal. La ecografía abdominal reveló una esplenomegalia de 21 cm. Se recogieron muestras de sangre y orina para cultivo y se inició tratamiento esteroideo con 6-metil prednisolona (80 mg/12h por vía intravenosa [iv]) y antibioterapia parenteral con ciprofloxacino (200 mg/12 h iv). En estudio inmunohematológico se detectó un autoanticuerpo caliente tipo IgG, no aloanticuerpo. ANA, ENAS y el anticoagulante lúpico fueron negativos, y los ANCA dudosos. En la biopsia de médula ósea, la médula era hiperfuncionante con rasgos displásicos. A las 72 horas del ingreso, se aisló en hemocultivo un bacilo gramnegativo sugestivo de *Campylobacter* spp. que posteriormente se identificó como *jejuni*, mostrando en el antibiograma sensibilidad a claritromicina y gentamicina, y resistencia a ciprofloxacino, amoxicilina y cefazolina.

Conocida la sospecha de bacteriemia por *Campylobacter* spp. se recogió una muestra de heces en la que igualmente se aisló dicho microorganismo. La antibioterapia inicial fue reemplazada por claritromicina (500 mg/ 12 h iv) y gentamicina (200 mg/ 12 h iv) en relación con el resultado del antibiograma.

El paciente evolucionó favorablemente y tras la vacunación frente a Neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b y meningococo A y C, se realizó esplenectomía.

La infección por *C. jejuni* es habitual que curse con dolor abdominal, fiebre y diarrea, aunque puede hacerlo de forma asintomática^{3,4}. La bacteriemia suele producirse en pacientes con linfomas sometidos a tratamiento inmunosupresor, además de en neoplásicos, cirróticos e infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Su aparición se asocia también a alcoholismo, nefropatías y pacientes en edades extremas de la vida, habiéndose descrito casos de bacteriemia por *Campylobacter* spp. en sujetos inmunocompetentes y después de la realización de biopsia rectal^{6,9}.

La infección por *C. fetus* es la que más tendencia muestra a desarrollar bacteriemia^{1,3}; sin embargo, los estudios realizados en nuestro país parecen coincidir en una mayor frecuencia de bacteriemias por *C. jejuni*⁴. Estas bacterias penetran por vía entérica y desde el tubo digestivo pueden llegar, por causas no siempre bien explica-