



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesiones máculo-papulosas diseminadas en paciente en contacto con ganado



Disseminated maculo-papular lesions in a patient in contact with cattle

Itziar Angulo López^{a,*}, Marina Fernández Torres^a, Cristina Baldeón Conde^b y Lucía Alonso Buznego^c

^a Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla-IDIVAL, Santander, España

^b Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^c Servicio de Oncología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Descripción clínica del caso

Varón de 55 años de edad, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales relevantes. Consulta por un cuadro de fiebre de hasta 39 °C junto con náuseas y vómitos de 24 h de evolución. Inicialmente valorado en el servicio de urgencias de nuestro centro, donde el cuadro clínico es atribuido a un síndrome febril sin foco; el paciente es dado de alta con tratamiento antipirético y antiemético. Ante la persistencia de la sintomatología y la aparición de lesiones cutáneas, al segundo día tras la visita al Servicio de Urgencias, el paciente acude nuevamente al hospital y se decide su ingreso en el Servicio de Medicina Interna.

En la exploración física se objetivan múltiples lesiones cutáneas máculo-papulosas dolorosas generalizadas, de aproximadamente 2 cm de diámetro con primera localización en zona facial, extendiéndose posteriormente por miembros superiores, tórax, espalda, glúteos y miembros inferiores (fig. 1). Tras anamnesis detallada, el paciente refiere como antecedente de interés que una semana antes del comienzo del cuadro clínico había manipulado el cadáver de una vaca, utilizando una navaja que posteriormente usaría para cortar alimentos, ingiriéndolos tras ello. Ante este cuadro, se extrae una pareja de hemocultivos que se remite al Servicio de Microbiología.



Figura 1. Lesiones cutáneas en zona cervical, espalda y miembros superiores.

Evolución

A las 24 h de incubación, el sistema BD BACTEC™ 9240 detecta crecimiento tanto en el frasco de hemocultivo aerobio como anaerobio. Se realiza en primer lugar una tinción de Gram directa de la muestra, revelando bacilos grampositivos pleomórficos. Posteriormente en los subcultivos realizados en agar sangre y agar chocolate en atmósfera de CO₂ al 5% crecen colonias alfa-hemolíticas de aspecto liso, catalasa negativa (fig. 2). En la tinción de Gram de las

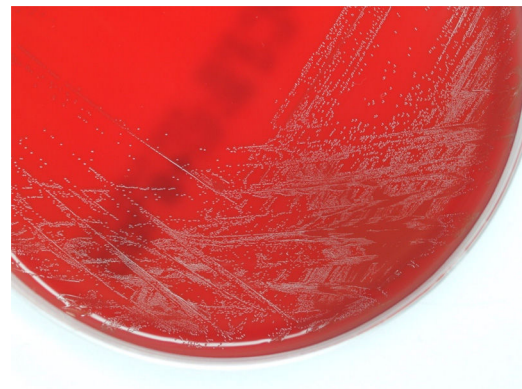


Figura 2. Aspecto de las colonias de *E. rhusiopathiae* en agar sangre a las 24 h de incubación.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iangulo@humv.es (I. Angulo López).

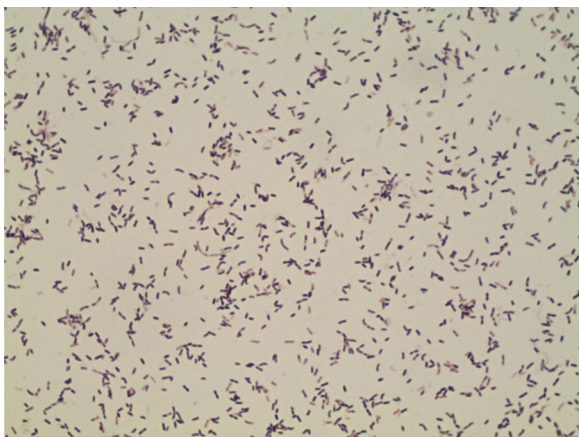


Figura 3. Tinción de Gram.



Figura 4. Producción de SH₂ en agar TSI.

colonias se observan bacilos grampositivos cortos, irregularmente teñidos y no esporulados (fig. 3).

La identificación se lleva a cabo por espectrometría de masas (MALDI-TOF Vitek® MS), dando como resultado *Erysipelothrix rhusiopathiae*, y por pruebas bioquímicas adicionales como API® Coryne (Biomérieux) (perfil 4020140). Adicionalmente, métodos clásicos como la producción de SH₂ en agar Triple Sugar Iron (TSI) revela la forma característica en «escobilla»¹ (fig. 4).

Se determina la sensibilidad de la cepa mediante Etest® en agar Mueller-Hinton suplementado con 5% de sangre de caballo y β-NAD (MHF, Oxoid) a los siguientes antibióticos: penicilina, cefotaxima, meropenem, eritromicina, clindamicina, levofloxacino, gentamicina y vancomicina. Aplicando los puntos de corte del documento CLSI M45-3.^a ed., resulta sensible a todos los antibióticos testados excepto vancomicina y gentamicina, como se describe en la bibliografía².

En este contexto, el paciente es diagnosticado de bacteriemia por *E. rhusiopathiae*. Se realizan tanto un ecocardiograma transtorácico como transesofágico, que resultan dentro de la normalidad, por lo

que se descarta la presencia de endocarditis. Tras completar terapia con penicilina G 5.000.000 U durante 11 días, las lesiones cutáneas y la clínica se resuelven siendo dado de alta.

Comentario final

E. rhusiopathiae es un microorganismo de amplia distribución en la naturaleza, muy común en el reino animal, y que ocasionalmente puede producir infecciones en el hombre, y manifestarse de 3 formas diferentes: forma cutánea localizada o erisipeloide de Rosenbach, infección cutánea generalizada y, por último, como una forma bacteriémica, con o sin afectación cutánea, que generalmente se asocia con endocarditis³.

El microorganismo *E. rhusiopathiae* puede sobrevivir largos periodos de tiempo en el ambiente y en los tejidos animales, de ahí que esté considerado como una enfermedad ocupacional a la que están expuestas aquellas personas que están en contacto con animales infectados o que manipulan carne o pescado contaminados (pescaderos, carniceros, trabajadores de mataderos, cocineros, veterinarios, etc.). El contagio es habitualmente por contacto cutáneo y excepcionalmente, la entrada puede ser mediante la ingestión de productos contaminados^{2,3}. En nuestro caso, parece razonable considerar la vía digestiva como probable puerta de entrada, al no objetivarse el antecedente de inoculación cutánea en la mano y teniendo en cuenta que la clínica inicial fue únicamente digestiva.

Para la correcta identificación de esta bacteria es necesario diferenciarla de aquellos géneros que tienen características morfológicas o bioquímicas similares (*Listeria*, corinebacterias y estreptococos), y de bacterias grampositivas resistentes a vancomicina (*Lactobacillus* spp., *Pediococcus* spp., *Leuconostoc* spp.)⁴. Por tanto, la identificación completa de todos los bacilos grampositivos aislados en hemocultivos es indispensable, lo que puede revelar un mayor número de bacteriemias por este microorganismo.

Con la presentación de este caso, queremos destacar la importancia de sospechar la infección sistémica por *E. rhusiopathiae*, incluso en pacientes inmunocompetentes⁵, sin hábitos tóxicos, ni una evidente puerta de entrada cutánea⁶.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bille J. *Listeria* and *Erysipelothrix*. En: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Landry ML, Pfaller MA, editores. *Manual of Clinical Microbiology*. 9th ed. Washington: ASM Press; 2007. p. 480–1.
2. Rebolí AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: An occupational pathogen. *Clin Microbiol Rev.* 1989;2:354–9.
3. Brooke CJ, Riley TV. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: Bacteriology, epidemiology, and clinical manifestations of an occupational pathogen. *J Med Microbiol.* 1999;48:789–99.
4. Dunbar SA, Clarridge JE III. Potential errors in recognition of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. *J Med Microbiol.* 2000;38:1302–4.
5. Drekonja DM. *Erysipelothrix* bacteremia without endocarditis: Rare event or under-reported occurrence? *Diagn Microbiol Infect Dis.* 2013;77:280–1.
6. Kichloo AA, Hallac A, Mousavi B, Hirekhan O. Nonspecific *Erysipelothrix rhusiopathiae* bacteremia in a patient with subclinical alcoholic liver disease. *Case Reports in Infectious Diseases.* 2013;2013:1–3.