



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Celulitis recurrente importada, la importancia de la anamnesis

Imported recurrent cellulitis, the relevance of anamnesis

Miguel Ángel Verdejo ^{a,*}, Alba López-Valle ^b, Gonzalo Rivas ^c y Carlos Zarco ^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España



Descripción breve del caso

Presentamos el caso de una mujer de 50 años natural de Arequipa (Perú), en España desde hace 4 días por viaje de ocio, que consulta por dolor e inflamación en 3.^{er} dedo de mano izquierda y 4.^o dedo de mano derecha de 24 h de evolución. No presenta fiebre, escalofríos ni otra sintomatología sistémica. Un mes antes sufrió varios cortes en dichos dedos mientras manipulaba carne de res, asociando episodio de celulitis aguda por el que recibió una dosis de antibiótico intramuscular que no recuerda. Las lesiones se resolvieron completamente.

Actualmente consulta por reaparición espontánea de eritema violáceo, leve edema, aumento de temperatura y dolor intenso a la palpación en 3.^{er} dedo de mano izquierda y en las 2 falanges distales del 4.^o dedo de la mano derecha (fig. 1). No se palpan adenopatías en territorio ganglionar adyacente. Ante la sospecha clínica, se decide toma de biopsia cutánea para estudio microbiológico dirigido y se inicia tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina.



Figura 1. Eritema violáceo en 3.^{er} dedo de mano izquierda y porción distal de 4.^o dedo de mano derecha (flechas), con leve edema asociado. En cara lateral de 4.^o dedo de mano derecha puede observarse la puerta de entrada (asterisco).

Evolución

Se realizó una biopsia cutánea por punción en 3.^{er} dedo de mano izquierda con obtención de un cilindro de piel incluyendo todas las capas de la dermis. La muestra fue sembrada en medios agar sangre, agar chocolate, agar *Schaedler* y en caldo de enriquecimiento de tioglicolato (*Biomérieux*[®]). Se detectó crecimiento de colonias blanquecinas con ligera betahemólisis en la placa de agar *Schaedler* incubada en condiciones de anaerobiosis (fig. 2). Se identificó al microorganismo como *Erysipelothrix rhusiopathiae* (*E. rhusiopathiae*) mediante MALDI-TOF (*Bruker*[®]).

La paciente fue reevaluada clínicamente tras cumplir una semana de tratamiento antibiótico, objetivándose la curación completa de las lesiones cutáneas descritas. El regreso a su país de

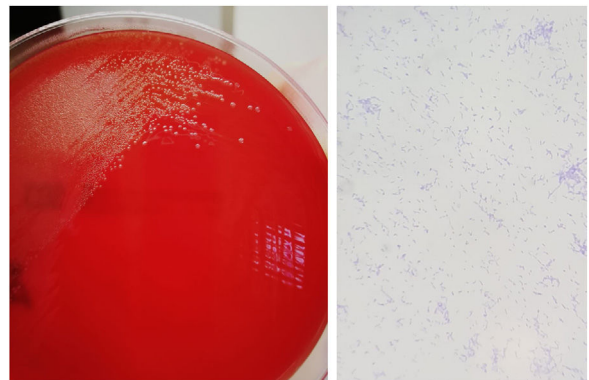


Figura 2. Colonias de *Erysipelothrix rhusiopathiae* en agar *Schaedler* y visión en tinción de Gram.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mverdejo7@gmail.com (M.Á. Verdejo).

origen impidió la vigilancia clínica posterior y detección de posibles recidivas.

Comentario final

Nos encontramos ante la presentación típica de infección cutánea localizada por *E. rhusiopathiae*, también conocida como «erisipeloide de Rosenbach»¹. *E. rhusiopathiae* es un bacilo grampositivo pleomorfo, no formador de esporas, ubicuo en la naturaleza. Es responsable de infecciones cutáneas y sistémicas tanto en animales como en el ser humano², que se infecta por el contacto con animales, sus desechos o excretas. Es considerada, por ello, una enfermedad profesional de ganaderos, veterinarios, carniceros, pescadores y, también, de cocineros y amas de casa, como el caso que se presenta¹. Se cree que los avances tecnológicos en la industria animal han podido reducir la incidencia de este tipo de infección en nuestro medio², pero debemos tener en cuenta su aparición en otros entornos donde la manipulación de productos animales sigue siendo habitual.

La infección cutánea localizada por *E. rhusiopathiae* (erisipeloide) se caracteriza por lesiones violáceas, de borde activo y palidez central en su progresión, con dolor desproporcionado al alcance de la lesión cutánea. Afecta fundamentalmente a dedos o manos, ya que se adquiere por pequeñas heridas o cortes al manipular los productos animales (como espinas o huesos).

El característico eritema violáceo de curso subagudo, la ausencia de supuración y el importante dolor asociado a este tipo de celulitis, así como el antecedente epidemiológico, nos ayuda a diferenciarlo de aquellas celulitis producidas por estreptococos o estafilococos¹.

El estudio de muestras superficiales o aspirado de la lesión puede resultar negativo debido a que el microorganismo se encuentra profundo en la dermis, siendo necesaria la inclusión de todas las capas de la dermis en la biopsia³.

Aunque esta infección tiende a la curación espontánea en 3–4 semanas, es frecuente la aparición de recidivas, como ocurrió en nuestra paciente. El tratamiento antibiótico suele permitir la curación completa de la infección¹.

E. rhusiopathiae debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las infecciones cutáneas asociadas a contacto con animales, especialmente en profesionales con exposición habitual. Su curso subagudo y recidivante puede dificultar el diagnóstico al alejarlo del antecedente epidemiológico.

Bibliografía

1. Reboli AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: An occupational pathogen. *Clin Microbiol Rev.* 1989;2:354–9.
2. Wang Q, Chang BJ, Riley TV. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: Review. *Vet Microbiol.* 2010;140:405–17.
3. Shimoji Y. Pathogenicity of *Erysipelothrix rhusiopathiae*: Virulence factors and protective immunity. *Microbes Infect.* 2000;2:965–72.