



# Gaceta Médica de Bilbao

www.elsevier.es/gmb



## CARTA AL DIRECTOR

### Infección cutánea por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina y giardiasis importada en un viajero

#### Imported methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* cutaneous infection and giardiasis in a traveller

#### Metizilina jasan dezakeen *Staphylococcus aureus* eragindako larruazaleko infekzioa, eta bidaiari batean inportatutako giardiasis

Sr. Director:

Durante el año 2010 se efectuaron en el mundo cerca de 940 millones de desplazamientos. En España se produjeron 13,6 millones de viajes al extranjero, principalmente a Europa. No obstante, el 15% de los viajeros se desplazaron a zonas tropicales o subtropicales<sup>1</sup>. Según la *International Society of Travel Medicine* el 10% de los viajeros regresan con algún problema médico<sup>2</sup>. El principal problema al regreso fue el gastrointestinal, si bien las alteraciones cutáneas no son despreciables<sup>3</sup>.

La infección cutánea causada por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) resistente a meticilina (SARM) adquirida en la comunidad se está describiendo cada vez con más frecuencia en los países del primer mundo<sup>4</sup>. Se han comunicado casos aislados de infección cutánea por SARM en diversas series de viajeros de Europa y Estados Unidos<sup>5,6</sup>. La mayoría de estos pacientes procedían de países con una elevada prevalencia de SARM.

La diarrea del viajero es la primera causa de consulta del viajero y puede ser aguda o subaguda o recurrente<sup>2,3</sup>. Entre las causas de la diarrea del viajero de curso recurrente y prolongado se encuentran los protozoos intestinales. Presentamos el caso de un paciente varón que tras un viaje presenta una infección cutánea por SAMR y diarrea recurrente por *Giardia lamblia* (*G. lamblia*).

Paciente varón de 25 años, español, que había estado de cooperante en un colegio rural de Honduras durante 8 semanas. Al mes de estar en dicho país comenzó con diarrea; le dijeron que tenía «parásitos» y lo trataron con metronidazol durante 7 días a dosis que no recuerda. Dos semanas antes del regreso a España notó, tras la

picadura de un insecto, una inflamación de unos 2 cm de diámetro en la pierna izquierda que fue tratada con ciprofloxacino. A los 5 días de llegar a España notó de nuevo la aparición de una lesión tumefacta y dolorosa en el muslo de la pierna izquierda unos 15 cm por encima de la lesión anterior. Acudió a su centro de salud, tras lo cual comenzó tratamiento con amoxicilina-clavulánico (2.000/125 mg cada 12 h). A los 5 días la lesión había progresado, era dolorosa y le impedía una correcta deambulación. Además, empezó con deposiciones diarreicas sin sangre, moco ni pus. En ese momento acudió a nuestro hospital. A la exploración física tenía una temperatura de 38,5 °C, así como una zona tumefacta, empastada, con un área negruzca y escasa supuración en el muslo izquierdo. Se procedió a la toma de un cultivo de la lesión cutánea. Se le pautó ciprofloxacino (750 mg cada 12 h) más rifampicina (600 mg cada 24 h) como tratamiento empírico tanto para la lesión cutánea como para la diarrea, y se suspendió la amoxicilina-clavulánico.

A los 7 días las lesiones de la piel habían mejorado, pero continuaba con diarrea, 5-7 deposiciones pastosas diarias, por lo que se solicitó coprocultivo y estudio parasitológico en heces (3 muestras) y se le pautó tratamiento con metronidazol (500 mg cada 12 h) durante 7 días. En el cultivo de la lesión cutánea creció un *S. aureus* resistente a oxacilina y amoxicilina-clavulánico, y sensible a quinolonas, rifampicina, linezolid y vancomicina. En las muestras de heces se detectó antígeno de *Giardia* mediante un inmunoensayo rápido no-enzimático o inmunocromatográfico, y en el examen coproparasitológico se vieron quistes de *G. lamblia*. El estudio genómico de *Entamoeba histolytica* (*E. histolytica*) en heces mediante la reacción en cadena de la polimerasa fue negativo. El coprocultivo y la determinación de antígeno de *Clostridium difficile* en heces fueron negativos. Al finalizar el tratamiento el paciente acudió de nuevo a la consulta con curación de la lesión cutánea y remisión de la diarrea. En el examen coproparasitológico de control no se vieron quistes de *G. lamblia* y no se detectó antígeno de *Giardia* mediante un inmunoensayo rápido no-enzimático.

En el estudio de la red GeoSentinel realizado en 17.353 viajeros que consultaron por problemas de salud tras el viaje, los problemas cutáneos representaban el tercer motivo de consulta<sup>2</sup>. Especialmente acudían por picadura de insecto con o sin infección (como sucedía en este caso), abscesos cutáneos, impétigo y erisipela. El antecedente de picadura

de un insecto en las infecciones cutáneas tras el viaje suele presentarse hasta en el 57% de los casos<sup>4</sup>. En la serie de Hochedez et al.<sup>7</sup> que recoge 60 paciente con infección cutánea tras el viaje, los principales agentes etiológicos fueron *S. aureus* y *Streptococcus* del grupo A. En el 13% de los pacientes con infección por *S. aureus*, este producía leucocidina de Pantón-Valentine (LPV). La LPV es una citotoxina que causa destrucción leucocitaria y necrosis tisular. Las cepas productoras de la LPV suelen causar infección cutánea recurrente y neumonía necrotizante<sup>5</sup>. Las infecciones por estas cepas se han descrito en viajeros al regreso<sup>6-8</sup>. Nosotros no pudimos realizar la determinación de LPV en nuestra cepa, pero la recurrencia del absceso en otra parte del cuerpo y las características necróticas de la lesión sugieren que el *S. aureus* fue el productor de la LPV. Aunque la serie de Hochedez et al.<sup>7</sup> no recogiera ningún caso de infección cutánea por SARM en viajeros, se han comunicado casos aislados en otras series de viajeros de Europa y Estados Unidos<sup>5,6,8</sup>, si bien los casos procedentes de América Central fueron excepcionales<sup>5</sup>. Nuestro paciente venía de Honduras y tenía infección por un SARM, por ello la mala evolución con el tratamiento con amoxicilina-clavulánico.

Este paciente tenía otro problema clínico, que era la diarrea tras el viaje. Como se ha comentado previamente, la diarrea es la primera causa de consulta en los viajeros<sup>2,3</sup>. En este paciente la diarrea tenían un curso recurrente, si se tenía en cuenta el episodio que presentó durante su viaje en Honduras. Entre las causas de diarrea del viajero de curso recurrente y prolongado se encuentran los protozoos intestinales, sobre todo *E. histolytica* y *G. lamblia*<sup>9,10</sup>. Por ese motivo se trató empíricamente con metronidazol a la espera del estudio parasitológico, que confirmó la sospecha clínica.

Como conclusión, los viajeros españoles son cada vez más, y los problemas de salud, más comunes. Pueden consultar por uno o varios problemas de salud, como sucedió en nuestro paciente. El cuadro cutáneo no es nada despreciable en el viajero, especialmente tras la picadura de un insecto. Debemos sospechar infección por SARM si no mejora con el tratamiento convencional, e infección por cepas de *S. aureus* productor de LPV en los casos de infecciones recurrentes y necróticas.

## Bibliografía

1. United Nation World Tourism Organization (UNWTO). World Tourism Barometer. 2010. [consultado 25 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.unwto.org/facts/eng/barometer.htm>
2. Freedman DO, Weld LH, Kozarsky PE, Fisk T, Robins R, von Sonnenburg F, et al., GeoSentinel Surveillance Network. Spectrum of disease and relation to place of exposure among ill returned travelers. *N Engl J Med*. 2006;354:119–30.
3. Díaz-Menéndez M, Pérez-Molina JA, Serre N, Treviño B, Torrús D, Matarranz M, et al; Grupo de trabajo de +Redivi. Infecciones importadas por inmigrantes y viajeros que viajan al trópico: resultado de la red cooperativa para el estudio de las enfermedades importadas por inmigrantes y viajeros +Redivi. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. En prensa 2012, doi: 10.1016/j.eimc.2012.01.026.
4. Hansra NK, Shinkai K. Cutaneous community-acquired and hospital-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Dermatol Ther*. 2001;24:263–72.
5. Tappe D, Schulze MH, Oesterlein A, Turnwald D, Müller A, Vogel U, et al. Pantón-Valentine leukocidin-positive *Staphylococcus aureus* infections in returning travelers. *Am J Trop Med Hyg*. 2010;83:748–50.
6. Helgason KO, Jones ME, Edwards G. Pantón-Valentine leukocidin-positive *Staphylococcus aureus* and foreign travel. *J Clin Microbiol*. 2008;46:832–3.
7. Hochedez P, Canestri A, Lecso M, Valin N, Bricaire F, Caumes E. Skin and soft tissue infections in returning travelers. *Am J Trop Med Hyg*. 2009;80:431–4.
8. Stenhem M, Ortqvist A, Ringberg H, Larsson L, Olsson Liljequist B, Haeggman S, et al. Imported methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, Sweden. *Emerg Infect Dis*. 2010;16:189–96.
9. De Saussure PP. Management of the returning traveler with diarrhea. *Therap Adv Gastroenterol*. 2009;2:367–75.
10. Okhuysen PC. Traveler's diarrhea due to intestinal protozoa. *Clin Infect Dis*. 2001;33:110–4.

José M. Ramos<sup>a,\*</sup>, Diego Torrús<sup>a</sup> y Alfredo Zorraquino<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología Clínica, Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

<sup>b</sup>Servicio de Microbiología y Parasitología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

\*Autor para correspondencia

Correo electrónico: [jramosrincon@yahoo.es](mailto:jramosrincon@yahoo.es) (J.M. Ramos).