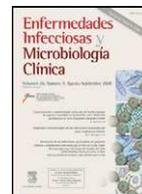




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Lesiones cutáneas en un paciente agricultor con presencia de fiebre

Skin lesions with fever in a farmer

Ana Fernández^{a,*}, María Fernanda Peña^b, Juan Manuel Barja^c y Rosa Villanueva^a

^a Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital A Coruña, A Coruña, España

^b Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Teresa Herrera, A Coruña, España

^c Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 9 de abril de 2010

Caso clínico

Paciente varón de 50 años que acude a urgencias por cuadro de fiebre de 39 °C de 10 días de evolución, acompañado de malestar general, sensación distérmica, odinofagia y artralgias migratorias en las articulaciones interfalángicas y la rodilla derecha. Refiere 24 h antes la aparición de lesiones cutáneas, inicialmente papulosas, que se transforman en pustulosas y afectan a la región facial, las manos (fig. 1) y los miembros inferiores. Como dato relevante describe la mordedura de una rata de campo 20 días antes, en el dorso de la mano derecha.

Diagnóstico y evolución

Se realiza una biopsia de las lesiones (fig. 1) y se recogen hemocultivos para su procesamiento en el Servicio de Microbiología. Los hemocultivos se procesan en el sistema BacT/ALERT[®] 3D (bioMérieux industry). En los cultivos bacterianos, de ambas muestras, se observa una colonia pequeña al cabo de 3 días de incubación en atmósfera microaerofílica (el 10% de CO₂) y anaeróbica, siempre en medios que contienen sangre (agar Schaedler y agar sangre). En medio líquido tioglicolato presenta un crecimiento peculiar en bolas e hilos. El resultado de la tinción de Gram es la observación de un bacilo gramnegativo con gran pleomorfismo, que presenta formas fusiformes, redondeadas, en cadenas y ramificadas (fig. 2). En medio agar tripticasa de soja enriquecido con un 20% de suero bovino fetal estéril, en atmósfera microaerofílica y húmeda, se observa al quinto día la presencia de colonias que muestran formas L por su morfología en «huevo frito» (fig. 3).

El laboratorio de referencia (Centro Nacional de Microbiología, Majadahonda) llevó a cabo la identificación definitiva como

Streptobacillus moniliformis de este microorganismo, mediante secuenciación de un fragmento de ARNr 16S. El informe preliminar con la identificación presuntiva, emitido desde el Servicio de Microbiología, fue posible gracias a las características observadas de tinción y crecimiento, al conocimiento del antecedente epidemiológico y al cuadro clínico compatible. Se trató al paciente con cefotaxima intravenosa, 2 g cada 4 h. La evolución fue buena, la fiebre remitió en 24 h y las lesiones remitieron 4 días después. Al cabo de 2 semanas, el paciente estaba totalmente recuperado.

Comentarios

La fiebre provocada por mordedura de rata es una infección rara que puede estar causada por 2 agentes etiológicos:



Figura 1. Lesiones en distintos estadios en el dorso de la mano izquierda y en la zona de biopsia.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ana.fernandez.gonzalez@sergas.es (A. Fernández).

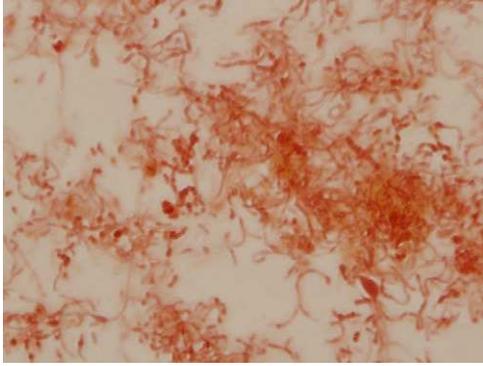


Figura 2. Tinción de Gram, donde se aprecia la morfología pleomórfica del bacilo gramnegativo *Streptobacillus moniliformis*.

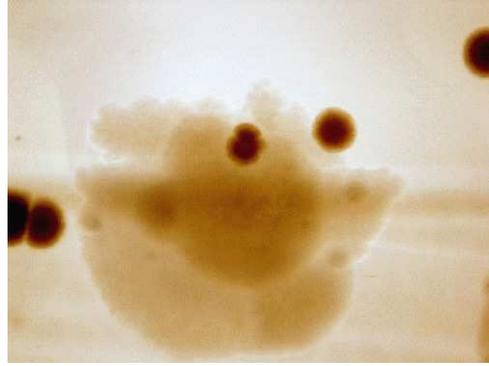


Figura 3. Colonias en forma de L en agar tripticasa de soja enriquecido con un 20% de suero bovino fetal.

S. moniliformis, más común en Norteamérica y Europa, y *Spirillum minus*, más frecuente en Asia^{1,2}. El *S. moniliformis* forma parte de la flora orofaríngea de roedores^{2,3}. Se transmite principalmente a través de la mordedura o arañazo de rata pero también por ingestión de comida o agua contaminadas³. Los casos descritos se caracterizan por fiebre, *rash*, artritis⁴ y una tasa de mortalidad del 10% cuando no se tratan o se tratan incorrectamente³. La mortalidad se produce principalmente por complicaciones debidas a la infección, como endocarditis, neumonía, pericarditis y septicemias^{1,2}. En España existen muy pocos casos descritos en la literatura médica^{2,5}, por lo que la incidencia verdadera se desconoce. En otros lugares, como América del Norte, se están viendo incrementados los hallazgos de infecciones producidas por este microorganismo⁶.

El tratamiento de elección es la penicilina; en pacientes alérgicos podrían usarse la estreptomycin y la tetraciclina¹.

Debido a la importancia de esta enfermedad debería incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con probables contactos

con ratas³ y habría que tener en cuenta el peligro asociado a determinadas profesiones como agricultores, personal de laboratorios con animalario² y personal de tiendas de mascotas.

Bibliografía

1. Elliott SP. Rat bite fever and *Streptobacillus moniliformis*. Clin Microbiol Rev. 2007;20:13-22.
2. Torres L, López AI, Escobar S, Marne C, Marco ML, Pérez M, et al. Bacteremia by *Streptobacillus moniliformis*: First case described in Spain. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2003;22:258-60.
3. Centers for Disease Control Prevention (CDC). Fatal rat-bite fever Florida and Washington, 2003. Morb Mortal Wkly Rep. 2005;53:1198-202.
4. Dendle C, Woolley IJ, Korman TM. Rat-bite fever septic arthritis: Illustrative case and literature review. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2006;25:791-7.
5. Anglada A, Comas L, Euras JM, Sanmartí R, Vilaró J, Brugués J. Arthritis caused by *Streptobacillus moniliformis*: A case of fever induced by a rat bite. Med Clin (Bar). 1990;94:535-7.
6. Graves MH, Janda JM. Rat-bite fever (*Streptobacillus moniliformis*): A potential emerging disease. Int J Infect Dis. 2001;5:151-5.