

Lesión edematosa-eritematosa en el dedo de un ganadero

Ana Mazón, Rosario Vives^a, Alberto Gil-Setas y Ana Valcayo^a

Laboratorio de Microbiología. Ambulatorio General Solchaga. ^aServicio de Dermatología. Hospital de Navarra. Pamplona.

Caso clínico

Se trata de un varón de 37 años, trabajador en una explotación de ganado ovino, que consultó por la aparición de enrojecimiento e hinchazón en el segundo dedo de la mano derecha, de 4 días de evolución, alrededor de una pequeña herida que presentaba previamente. Su hermano, que trabajaba en la misma explotación ganadera, presentaba un cuadro parecido. El paciente refería como único antecedente clínico de interés una lesión similar en el tercer dedo de la mano derecha, un año y medio antes. En la exploración física se objetivó un edema en el segundo dedo de la mano derecha, con piel tensa y una placa eritematosa de borde elevado no descamativo y centro claro con dos costras puntiformes (fig. 1). Se realizó una biopsia del borde de la lesión para estudio microbiológico.

Evolución

En el laboratorio de microbiología se hicieron varios cortes de la biopsia con un bisturí estéril. Los fragmentos se sembraron en agar Columbia, agar chocolate, agar MacConkey y agar Sabouraud. A las 48 h de incubación en atmósfera de 5% de CO₂, crecieron colonias alfa hemolíticas de bordes festoneados, por debajo de los cortes histológicos depositados en las placas de agar Columbia y agar chocolate. En la tinción de Gram de las colonias se observaron bacilos grampositivos, cortos, delgados, irregularmente teñidos y no esporulados (fig. 2). La prueba de la catalasa y oxidasa fueron negativas.

Las características microbiológicas del aislamiento y la sospecha clínica nos hicieron presumir que podría tratarse de *Erysipelothrix rhusiopathiae*. La confirmación se llevó a cabo por la producción característica de SH₂ en agar Kligler Iron (Difco) (fig. 3) y pruebas bioquímicas adicionales que se realizaron con API-CORYNE (bioMérieux) (perfil 4020140). En el antibiograma realizado por el método de difusión disco-placa en agar sangre la cepa fue sensible a penicilina, ciprofloxacino y eritromicina y resistente a tetraciclina, cotrimoxazol y vancomicina.



Figura 1. Lesión eritematosa en dedo.

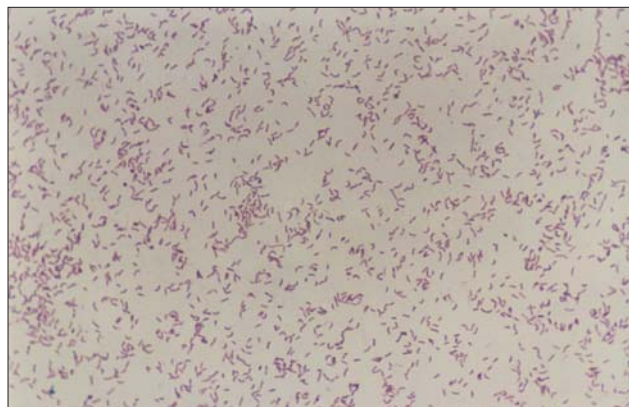


Figura 2. Tinción de Gram.

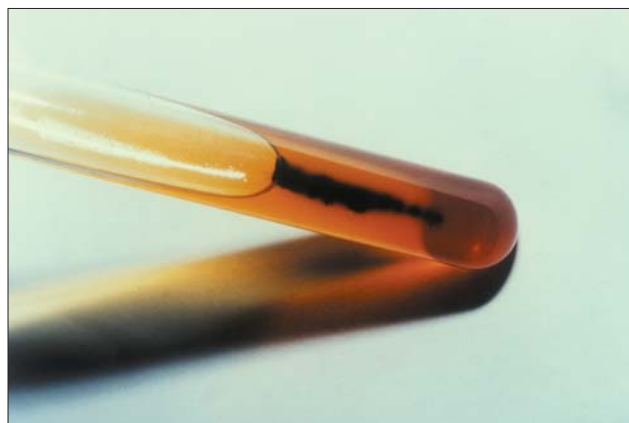


Figura 3. Producción de SH₂ en agar Kligler Iron.

Correspondencia: Dra. A. Mazón Ramos.
Ambulatorio General Solchaga.
San Fermín, 29. 31004 Pamplona.

Manuscrito recibido el 19-2-2000; aceptado el 27-2-2001.

Se instauró tratamiento con fenoximetilpenicilina (2,4 millones U/día) durante 15 días, con curación de las lesiones.

Comentario

E. rhusiopathiae es un agente etiológico de infecciones en el hombre y en diversas especies animales. Las tres formas clínicas de presentación de la enfermedad más frecuentes en humanos son: erisipeloide o forma cutánea localizada, infección cutánea difusa y forma septicémica asociada o no a endocarditis¹.

La lesión cutánea, denominada erisipeloide o erisipeloide de Rosenbach, es una celulitis que presenta un borde elevado eritematoso que progresa de manera lenta hacia la periferia con curación central, raramente presenta supuración y suele tener una coloración violácea, afecta fundamentalmente a los dedos de las manos y produce dolor punzante, prurito y ardor². Desde el punto de vista clínico, puede confundirse con otras formas de celulitis bacteriana o erisipelas³. La enfermedad es autolimitada y puede remitir espontáneamente al cabo de tres o cuatro semanas sin tratamiento. La infección no confiere inmunidad; de hecho, el caso que presentamos era el segundo episodio que sufría el paciente en un intervalo de 18 meses.

El diagnóstico etiológico se hace a partir del aislamiento de *E. rhusiopathiae* en la biopsia obtenida de los bordes de la lesión. El microorganismo generalmente se encuentra en la dermis, por lo que las muestras recogidas con hisopos de la superficie no son válidas para el diagnóstico⁴. La morfología de *E. rhusiopathiae* puede conducir a errores⁵ en la identificación por su similitud con los microorganismos difteroides que forman parte de la flora superficial de la piel. La producción característica de SH₂ en TSI (Triple Sugar Iron) o agar Kligler y la resistencia a vancomicina permiten diferenciar *E. rhusiopathiae* de otros bacilos grampositivos⁶.

E. rhusiopathiae es un microorganismo ampliamente distribuido en la naturaleza. El cerdo es el principal reservorio animal, pero también se encuentra en otros

animales salvajes y domésticos, incluso en animales marinos. Las enfermedades que produce en los animales ocasionan importantes pérdidas económicas en el sector agropecuario¹. El microorganismo se extiende a otros animales a partir del agua, los suelos y los alimentos contaminados por detritus de los animales enfermos. A pesar de no formar esporas, *E. rhusiopathiae* puede sobrevivir largos periodos de tiempo en el ambiente y en los tejidos animales, de ahí que erisipeloide esté considerado como una enfermedad ocupacional⁴ a la que están expuestas aquellas personas que manipulan tejidos animales u objetos contaminados. Entre las profesiones de mayor riesgo se encuentran matarifes, pescadores, ganaderos y agricultores. Erisipeloide se conoce también con otros nombres (dedo de cerdo, dedo de foca, dedo de ballena), que reflejan el origen de su adquisición¹. En la mayoría de los casos existe el antecedente de una inoculación cutánea en la semana anterior a la aparición de la lesión, a partir de una fuente contaminante.

Las medidas preventivas para evitar la enfermedad incluyen una adecuada protección de la piel de las manos con guantes cuando se manipulan fuentes presuntamente contaminadas y la desinfección de las heridas producidas durante las actividades laborales de estos trabajadores. El tratamiento con penicilina oral es efectivo para la forma cutánea localizada o erisipeloide.

Con la presentación de este caso queremos destacar la importancia que supone conocer las características clínico-epidemiológicas del paciente y procesar las muestras adecuadas para conseguir el diagnóstico etiológico.

Bibliografía

1. Brooke CJ, Riley TV. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: bacteriology, epidemiology and clinical manifestations of an occupational pathogen. *J Med Microbiol* 1999;48:789-99.
2. Rebolí AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editores. *Enfermedades Infecciosas: principios y práctica* (4ª ed). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997; p. 2123-4.
3. Swartz MN, Weinberg AN. Miscellaneous bacterial infections with cutaneous manifestations. En: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Freedberg IM, Austen KF, Johnson RA, et al, editors. *Dermatology in general medicine*, (4ª ed). New York: McGraw-Hill, 1993; p. 2357-8.
4. Rebolí AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: an occupational pathogen. *Clin Microbiol Rev* 1989;2:354-9.
5. Dunbar SA, Clarridge III JE. Potential errors in recognition of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. *J Clin Microbiol* 2000;38:1302-4.
6. Bille J, Rocourt J, Swaminathan B. *Listeria*, *Erysipelothrix* and *Kurthia*. En: Murray PR, Baron EJ, Pfaller MA, Tenover FC, Tenover RH, editors. *Manual of clinical Microbiology* (7ª ed). Washington, D.C.: ASM Press, 1999; p. 346-56.