



Diagnóstico a primera vista

Lesión eritematoviolácea en la pierna de un investigador en contacto con cerdos

Erythematous-violaceous lesion on the leg of a researcher in contact with swines

Uxúa Floristán ^{a,*}, Rosa Adelaida Feltes ^a, Adela Gómez ^b y Carmen Vidaurrezaga ^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 9 de mayo de 2009

Caso clínico

Varón de 32 años, ingeniero agrónomo que trabajaba como investigador en contacto con cerdos. Acudió a urgencias por presentar una lesión cutánea en la pierna izquierda, ligeramente dolorosa y de crecimiento excéntrico con tendencia a la curación central de 10 días de evolución. En la exploración física se observó una placa maculosa circular de unos 10 cm de diámetro y coloración parduzca con el borde más pigmentado, de aspecto residual. Esta lesión coincidía con el punto de inicio de la enfermedad. En la periferia se localizaban 2 lesiones claramente activas en forma de placas nodulares de unos 3 cm, de color eritematovioláceo con cierto tinte purpúrico y un borde bien delimitado, separadas una de otra pero, en conjunto, con una aspecto arciforme (fig. 1). Dado el antecedente epidemiológico de contacto con cerdos, se sospechó un erisipeloide, sin descartar una reacción a picaduras o una panniculitis. Se realizó una biopsia del borde de una de las lesiones activas para estudio microbiológico e histológico.

Evolución

En el estudio anatomopatológico de la pieza se observó únicamente un infiltrado inflamatorio rico en neutrófilos. Es en Microbiología donde se confirmó el diagnóstico de presunción tras aislar un *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Se administró tratamiento con amoxicilina con ácido clavulánico y se logró una resolución completa de la lesión en menos de una semana.

Comentario

El erisipeloide es una enfermedad infecciosa cutánea poco frecuente producida por *E. rhusiopathiae*. Suele presentarse como una lesión única en los dedos o en la mano.

El *E. rhusiopathiae* es un bacilo grampositivo, corto, fino, anaerobio facultativo, inmóvil, no esporulado, que microscópicamente se dispone en forma de bacilos aislados, cadenas cortas o largos filamentos no ramificados que le confieren un aspecto «enmarañado»¹. Se trata de un microorganismo ubicuo. El cerdo es el animal más frecuentemente infectado, pero otros mamíferos, aves, peces y crustáceos pueden ser reservorio². La transmisión suele realizarse mediante fómites, se inocula directamente a través de la piel y no se transmite entre personas³. La infección por *E. rhusiopathiae* es una enfermedad ocupacional, ya que afecta preferentemente a carniceros, pescadores, matarifes, ganaderos, amas de casa y veterinarios.

Hay 3 formas clínicas perfectamente establecidas en humanos²: erisipeloide de Rosenbach o forma cutánea localizada, forma cutánea difusa y forma septicémica. También se han descrito casos aislados de poliartralgias con fallo renal, artritis séptica, abscesos cerebrales y peritonitis.

En la forma cutánea localizada⁴, unos 5 o 6 días después de un traumatismo por manipulación de carne o pescado, aparece una placa eritematoviolácea de borde elevado, que progresó centrífugamente con curación central. Suele ser una lesión única localizada de forma típica en los dedos o en la mano. Se acompaña de dolor intenso punzante y sensación de ardor. La enfermedad es autolimitada, pero debe tratarse debido a las posibles recurrencias y al riesgo de endocarditis en huéspedes susceptibles. La forma cutánea diseminada⁵ es rara y se presenta en uno de cada 100 a 500 casos de erisipeloide. Aparecen lesiones cutáneas típicas a distancia del punto de inoculación. Son más frecuentes los síntomas sistémicos, como fiebre, mal estado general, artralgias, mialgias, cefaleas, etc. Es obligatorio descartar

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: uxuaf Floristán@hotmail.com (U. Floristán).



Figura 1. Lesión eritematoviolácea en la pierna.

en estos pacientes la presencia de una endocarditis⁶. En la forma septicémica^{7,8} se produce afectación endocárdica hasta en un 90% de los casos.

La muestra adecuada para su aislamiento es la biopsia cutánea de los bordes de la lesión, ya que el microorganismo se encuentra en la dermis. No son adecuadas las recogidas con hisopo de la superficie de la piel. Crece bien en medios de agar sangre y agar chocolate incubados a 35° en atmósfera del 5 al 10% de dióxido de carbono. Las colonias son puntiformes rodeadas de hemólisis tipo *viridans*. En *E. rhusiopathiae* la prueba de catalasa resulta negativa. Esta bacteria es resistente a vancomicina y produce ácido sulfídrico en medio TSI (Triple Sugar Iron), característica clave en su identificación y que la distingue de otras especies saprofitas de la piel^{1,9,10}.

En conclusión, se ha presentado un erisipeloide de Rosenbach de localización atípica. Este caso evidencia que para diagnosticar esta infección es necesario, por una parte, conocer las características epidemiológicas del paciente y, por otra, procesar correctamente las muestras adecuadas. Hay que remarcar que el riesgo de una endocarditis obliga al tratamiento de todas las formas clínicas descritas.

Bibliografía

1. Bille J, Rocourt J, Swaminathan B. Listeria and *Erysipelothrix*. En: Murray PR, Baron EJ, Jorgensen JH, Pfaller MA, Yolken RH, editores. Manual of clinical microbiology. 8th ed. Washington, DC: ASM Press; 2003. p. 461-71.
2. Brooke CJ, Riley TV. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: Bacteriology, epidemiology and clinical manifestations of an occupational pathogen. J Med Microbiol. 1999;4:789-99.
3. Reboli AC, Farrar WE. *Erysipelothrix rhusiopathiae*: An occupational pathogen. Clin Microbiol Rev. 1989;2:354-9.
4. Mazón A, Vives R, Gil-Setas A, Valcayo A. Edematous-erythematous lesion on the finger of a cattle farmer. Enferm Infect Microbiol Clin. 2002;20:35-6.
5. Vera E, Corral M, Bergón E, López de Ayala E, Vidaurrezaga C. Forma cutánea difusa de erisipeloide. Act Derm. 2003;94:563-5.
6. Martínez Celada M, Iglesias Cubero G, Villaverde P, Rivas Carmenado ME. Native tricuspid valve endocarditis caused by *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Med Clin. 2008;130:277-8.
7. Surrun SK, Jaufeerally FR, Sim HJ. *Erysipelothrix rhusiopathiae* septicaemia with prolonged hypotension: A case report. Ann Acad Med Singapore. 2008;37:251-2.
8. Beristain X, López-Lopategui MC, Bidaguren J, Fernández C, Idígoras P. *Erysipelothrix rhusiopathiae* bacteremia without endocarditis or evidence of the entry point in an immunocompetent woman. Enferm Infect Microbiol Clin. 2002;20:137-8.
9. Dunbar SA, Clarridge JE. Potential errors in recognition of *Erysipelothrix rhusiopathiae*. J Clin Microbiol. 2000;38:1302-4.
10. Fidalgo SG, Riley TV. Detection of *Erysipelothrix rhusiopathiae* in clinical and environmental samples. Methods Mol Biol. 2004;268:199-205.