



Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



CASO CLÍNICO

Úlceras genitales debidas a MRSA

Álvaro Vives^a, Cristián Palma Ceppi^{a,b,*}, Marco Sobrón^c y M. Jesús Barberá^d

^aFundació Puigvert, Barcelona, España

^bHospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile

^cServicio de Urología, Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^dMedicina Interna, ICS, Barcelona, España

Recibido el 23 de mayo de 2011; aceptado el 30 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

MRSA;
Staphylococcus aureus
resistente a la
meticilina;
Lesiones ulceradas

Resumen

Caso clínico de un paciente de 33 años tratado en la Fundació Puigvert, que presentaba 3 úlceras supurantes y dolorosas que habían aparecido 6 días antes de la visita. La anamnesis reveló una relación sexual sin protección 2 semanas antes de la aparición de los síntomas.

El examen físico mostró lesiones peneanas ulcerosas, bien circunscritas, no induradas y de forma ovalada, junto con un edema en piel y prepucio que dificultaba la retracción. El cultivo de la úlcera informó de cocos grampositivos del tipo estafilococo con numerosas colonias de *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (MRSA).

MRSA ha sido una causa importante de infecciones adquiridas de tejido blando y piel. A pesar del alto porcentaje de colonización por *S. aureus*, menos del 2% de la población está colonizada por cepas resistentes a la meticilina.

El caso que se presenta mostró la posibilidad de que una relación sexual pueda ser una forma de transmisión de MRSA. Si esta es posible, la infección por MRSA podría ser considerada como infección de transmisión sexual; sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar esta hipótesis.

© 2011 Sociedad Española de Calidad Asistencial. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia

Correo electrónico: palmaceppi@gmail.com (C. Palma Ceppi).

KEYWORDS

MRSA;
Staphylococcus aureus,
methicillin-resistant;
Ulcerated lesions

Genital sores due to MRSA**Abstract**

A clinical case of a 33-year-old male attended at the Fundació Puigvert presented with three ulcerated, painful and suppurating lesions which had appeared six days earlier. In the clinical history, one unprotected intercourse 2 weeks prior to the appearance of symptoms was reported.

The physical exploration revealed a well-circumscribed, oval, non-indurated, ulcerous penile lesions with preputial and skin edema that hampered retraction. The ulcer culture showed abundant staphylococcus strain gram-positive cocci. There were numerous methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) colonies.

MRSA has been a major cause of community-acquired skin and soft tissue infections. Despite the high percentage of colonization by *S. aureus*, less than 2% of the general population is colonized by methicillin-resistant strains.

This case has demonstrated the possibility that sexual intercourse could be a MRSA transmission route. If such transmission is possible, MRSA infection should be considered a sexually-transmitted disease; however, larger studies are necessary to assess the results.

© 2011 Sociedad Española de Calidad Asistencial. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Staphylococcus aureus es una bacteria grampositiva y coagulasa-positiva, potencialmente patógena en humanos. Debido a su gran versatilidad, es capaz de causar un amplio abanico de enfermedades; las manifestaciones clínicas más frecuentes son las infecciones de piel^{1,2}. Deberíamos enfatizar que la colonización asintomática de la mucosa y la piel por *S. aureus* es normal -alrededor del 20% de la población son portadores crónicos y un 60% lo es de forma intermitente³-. El interés por las infecciones causadas por *S. aureus* se ha incrementado significativamente en la última década como consecuencia de infecciones de la comunidad asociadas con cepas de *S. aureus* resistente a la meticilina (CA-MRSA), que se han convertido en bastante comunes en todo el mundo.

Caso clínico

Paciente de 33 años que consultó en el Servicio de Urgencias de la Fundació Puigvert con 3 lesiones ulcerosas en el pene, muy dolorosas, supurantes y no induradas, las cuales habían aparecido 6 días antes. No presentaba fiebre ni ningún otro síntoma. Durante la anamnesis el paciente declaró que no había ingresado en ningún hospital ni había viajado al extranjero recientemente y que se había vacunado contra las hepatitis A y B. La última serología del VIH virus de la inmunodeficiencia humana (2008) fue negativa. El paciente consumía ocasionalmente tabaco, alcohol y marihuana. Indicó no tener pareja estable y haber tenido cinco relaciones sexuales, todas con mujeres, en los últimos 3 meses. En todas ellas usó preservativo, excepto para el sexo oral, con la excepción de una sola relación 2 semanas antes de la aparición de los síntomas. La exploración física

mostró constantes vitales dentro la normalidad, 3 lesiones peneanas ulcerosas, de forma oval, bien circunscritas, no induradas, con edema de piel, mucosa y prepucio que dificultaba la retracción, además de adenopatías inguinales bilaterales dolorosas (predominantemente en el lado derecho). No se detectaron otras anomalías en el resto de la exploración genital. Inicialmente, se solicitaron los siguientes exámenes: cultivo para herpes y PCR para clamidias. Se presentaron algunas dudas sobre el diagnóstico y se indicó doxiciclina 100 mg cada 12 horas + amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg cada 8 horas, e ibuprofeno 600 mg cada 8 horas. Se le dio el alta derivado a la unidad de infección por transmisión sexual (ITS) de la Fundació Puigvert para control a los 3 días (figs. 1 y 2). En este, el paciente no mostró ninguna mejoría, excepto un ligero alivio del dolor inguinal. Se discontinuó el tratamiento con antibióticos y se solicitaron los siguientes análisis para completar el diagnóstico: examen de campo oscuro, serología para sífilis y VIH. Se citó al paciente 48 horas más tarde con el propósito de realizar otro control clínico y revisar los resultados de los análisis. El cultivo de herpes y la PCR para clamidias fueron negativos; el cultivo de la úlcera informó de MRSA. El examen de campo oscuro, la serología de sífilis y de VIH fueron todos negativos. Estos resultados señalaron que las úlceras genitales debían ser producidas por MRSA; de acuerdo con el antibiograma, se indicó al paciente cotrimoxazol (sulfametoxazol 800 mg + trimetoprima 160 mg) 1 cada 12 horas por 14 días + mupirocina tópica cada 8 horas durante 5 días y limpieza con un gel de clorhexidina. En la revisión después de 1 semana, se observó una mejoría notoria, y 2 semanas después las úlceras habían desaparecido completamente (fig. 3).

No se pudo localizar a las parejas sexuales del paciente debido a que todos sus contactos sexuales fueron con parejas anónimas.



Figura 1 Lesiones ulcerosas en piel del prepucio; están bien definidas, de forma oval, no induradas, con edema de la piel del prepucio y la mucosa.



Figura 2 Detalle de las lesiones ulcerosas en la piel del prepucio.

Discusión

Desde mediados de los noventa, CA-MRSA ha sido causa importante de las infecciones adquiridas de piel y tejidos blandos. A pesar del alto porcentaje de colonización por



Figura 3 Lesiones 2 semanas después del comienzo del tratamiento. Mejoría significativa y remisión completa.

S. aureus, menos del 2% de la población está colonizada por cepas resistentes a meticilina⁴. En España, la prevalencia de este patógeno puede inferirse del trabajo llevado a cabo por el Grupo Español para el Estudio de Estafilococos, el cual muestra cómo ha ido incrementándose durante décadas recientes, con tendencia hacia la estabilización durante los últimos 5 años⁵. Recientemente, la epidemiología de las infecciones por MRSA parecen haber sufrido cambios en sus características clínicas y microbiológicas; en concreto, la fuente del reservorio ha pasado a localizarse fuera del ámbito hospitalario, lo cual conlleva un riesgo de diseminación.

Las cepas de CA-MRSA son conocidas por su capacidad de afectar a toda la población, pero su incidencia es mayor en ciertos grupos como atletas, militares, presos, hombres homosexuales, consumidores de sustancias intravenosas, portadores del VIH, indigentes, nativos americanos y habitantes de las islas del Pacífico⁶⁻¹⁰. Nuestro paciente no pertenecía a ninguno de estos grupos de riesgo, y su único antecedente era una relación heterosexual sin protección. Esta manera de transmisión no se había documentado hasta el informe de Cook et al¹¹ sobre 3 casos en los que había un patógeno potencial de transmisión por relaciones heterosexuales. En esta ocasión, no se realizaron estudios sobre concordancia de úlceras entre las parejas sexuales, pero la investigación de los antecedentes mostró que las relaciones sexuales eran la única vía posible de transmisión. En el presente caso, tampoco fue posible realizar pruebas de confirmación en las parejas del paciente. Como cualquier otro agente de la flora cutánea, *S. aureus* puede transmitirse por intercambio de fluidos o por contacto íntimo, y no se pueden descartar las relaciones sexuales como una vía de transmisión en sí misma.

Conclusiones

Si esta transmisión es posible, la infección de CA-MRSA debería considerarse una ITS; sin embargo, se necesitan estudios adicionales que permitan confirmar esta teoría, y para

evaluar si la incidencia y la prevalencia de la infección están condicionadas de manera significativa por ciertas prácticas o comportamientos sexuales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Miller LG, Kaplan SL. *Staphylococcus aureus*: a community pathogen. Infect Dis Clin N Am. 2009;23:35-52.
2. Gordon R, Lowy F. Pathogenesis of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. Clin Infect Dis. 2008;46 Suppl 5:S350-9.
3. Shinefield HR, Ruff NL. Staphylococcal infections: a historical perspective. Infect Dis Clin N Am. 2009;23:1-15.
4. Gorwitz RJ, Jernigan DB, Powers JH, Jernigan JA. Strategies for clinical management of MRSA in the community: Summary of an experts' meeting convened by the Centers for Disease Control and Prevention. 2006.
5. Cuevas O, Cercenado E, Goyanes MJ, Vindel A, Trincado P, Boquete T, et al. *Staphylococcus* spp. en España: situación actual y evolución de la resistencia a antimicrobianos (1986-2006). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008;26:269-77.
6. Elston D. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. J Am Acad Dermatol. 2007;56:1-16.
7. Lu D, Holtom P. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, a new player in sports medicine. Curr Sports Med Rep. 2005;4:265-70.
8. Weber JT. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Clin Infect Dis. 2005;41 Suppl 4:S269-72.
9. Charlebois ED, Perdreau-Remington F, Kreiswirth B, Bangsberg DR, Ciccarone D, Diep BA, et al. Origins of community strains of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Clin Infect Dis. 2004;39:47-54.
10. Szumowski JD, Wener KM, Gold HS, Wong M, Venkataraman L, Runde CA, et al. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization, behavioral risk factors, and skin and soft-tissue infection at an ambulatory clinic serving a large population of HIV-infected men who have sex with men. Clin Infect Dis. 2009;49:118-21.
11. Cook HA, Furuya EY, Larson E, Vasquez G, Lowy FD. Heterosexual transmission of community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Clin Infect Dis. 2007;44:410-3.