

TABLA 1. Características diferenciales de *Capnocytophaga* spp.

	<i>Capnocytophaga</i> spp. (reservorio animal)		<i>Capnocytophaga</i> spp. (reservorio humano) ^a
	<i>C. canimorsus</i>	<i>C. cynodegmi</i>	
Catalasa	+	+	–
Oxidasa	+	+	–
Hidrólisis de esculina	–	+	Variable
Ácido de melobiosa	–	+	–
Ácido de sacarosa	–	+	+
Cuadro clínico	Sepsis, meningitis	Infección herida	Enfermedad periodontal, bacteriemia, conjuntivitis, etc.

^a*C. ochracea*, *C. sputigena*, *C. gingivalis*, *C. granulosa*, *C. haemolytica*.

Shock séptico con purpura fulminans por *Capnocytophaga canimorsus*

Sr. Editor: *Capnocytophaga canimorsus* es un bacilo gramnegativo que forma parte de la flora comensal de la cavidad oral de perros y gatos. La infección humana se asocia a mordedura, arañazo o contacto con sus secreciones orales, aunque en ocasiones no hay antecedentes de exposición a estos animales. La sepsis y la meningitis son las formas clínicas más frecuentemente descritas¹⁻⁴. Los principales factores predisponentes para la infección son la esplenectomía y el alcoholismo, pero hasta un 40% de los casos de sepsis se presentan en pacientes sin factores de riesgo¹. La mortalidad en la sepsis se sitúa en torno al 30%¹.

Se aporta un caso de sepsis por *C. canimorsus* con purpura fulminans y necrosis periférica en extremidades inferiores en un varón de 59 años con etilismo crónico, que ingresó en estado de shock. En los últimos días había presentado debilidad intensa, tos, disnea y mareos. En la exploración física se observó fiebre de 40 °C, presión arterial de 70/50 mmHg, ausencia de pulsos distales, úlcera en pierna izquierda y lesiones purpúricas en región pretibial y en los extremos distales de los dedos de ambos pies. En la analítica destacó una leucocitosis (18.600 leucocitos/ μ l) con desviación a la izquierda, plaquetopenia

(21.800 plaquetas/ μ l), hematocrito de 27, hemoglobina de 9,6 g/dl, acidosis metabólica, creatinina de 2,4 mg/dl, bilirrubina total de 1,69 mg/dl, tiempo de protrombina 2 INR, índice de protrombina 42%, TTPA de 70,6 s, ratio de TTPA de 2,35, LDH de 987 U/l y en la tira reactiva de orina 500 leucocitos/ μ l. En el estudio morfológico de sangre periférica se observó anisocitosis en serie eritroide, con tendencia a la macrocitosis y aislados esquistocitos; además, se observaron bacilos fusiformes en el citoplasma de los leucocitos polimorfonucleares. El paciente presentaba anemia megaloblástica por déficit de ácido fólico. En la ecografía abdominal se evidenció esteatosis hepática. Se realizaron hemocultivos y urocultivo y, con la sospecha de sepsis de origen urológico, se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico (2 g-200 mg/6 h IV) que al día siguiente fue sustituido por piperacilina-tazobactam (4 g-500 mg/8 h IV). El urocultivo fue negativo. A las 72 h de la extracción de los hemocultivos se aisló en los frascos aerobios (BACTEC Plus Aerobic/F, Becton Dickinson) un bacilo gramnegativo, fino, largo con los extremos estrechados, que se identificó como *C. canimorsus* (tabla 1). Fue sensible *in vitro* a amoxicilina, piperacilina, cefotaxima, eritromicina, clindamicina, imipenem, cloranfenicol, vancomicina y ciprofloxacino, y resistente a cotrimoxazol, aminoglicósidos y colistina. A pesar de la susceptibilidad a amoxicilina-ácido clavulánico y piperacilina-tazobactam el paciente no evolucionó bien con estos antibióticos. Al quinto día del ingreso, debido a la no mejoría del cuadro clínico y al resultado preliminar del hemocultivo, se cambió a imipenem (1 g/6 h IV) observándose una franca mejoría desde ese momento y manteniéndose el tratamiento durante 10 días. En el estudio histológico de las lesiones cutáneas se observó necrosis hemorrágica cutánea con trombos

intravasculares compatibles con purpura fulminans. Desde su ingreso presentó insuficiencia renal aguda que precisó diálisis e insuficiencia respiratoria aguda con derrame pleural unilateral que requirió ventilación mecánica. La evolución fue favorable, siendo dado de alta a los 51 días del ingreso.

En España, las infecciones por *C. canimorsus* se han descrito en contadas ocasiones⁵⁻⁷. En el presente caso, tras la sospecha etiológica, se interrogó al paciente sobre sus contactos con animales. Se supo que vivía en la calle con un perro y no presentaba antecedentes de mordeduras; la úlcera en la pierna pudo ser la puerta de entrada de la infección a partir de las secreciones orales del perro. La higiene y la limpieza de heridas y úlceras cutaneomucosas cuando se convive con animales de compañía es importante para prevenir infecciones. A diferencia del caso de meningitis descrito previamente en nuestro hospital⁷, en éste no se consiguió aislar el microorganismo de la cavidad oral del perro en los cultivos realizados 3 meses después. La infección por *C. canimorsus* debe considerarse en pacientes con sepsis o meningitis en los que los cultivos sean negativos o se aísle un bacilo gramnegativo de crecimiento lento e identificación compleja. La observación directa de bacterias en los frotis de sangre periférica, hecho excepcional en la mayoría de las bacteriemias pero bastante frecuente en las causadas por *Borrelia* y *Capnocytophaga*^{1,2,8}, y la anamnesis adecuada en relación con la exposición a animales facilita el diagnóstico.

Alberto González-García^a,

José Javier Ferreiro^b,

M.^a Carmen López-Lopategui^a

y Mercedes Zabarte^c

^aServicio de Microbiología. ^bServicio de Hematología. ^cServicio de Medicina

Intensiva. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

Bibliografía

1. Lion C, Escande F, Burdin JC. *Capnocytophaga canimorsus* infections in human: review of the literature and cases report. Eur J Epidemiol 1996;12:521-33.
2. Kullberg BJ, Westendorp RG, Van't Wout JW, Meinders AE. Purpura fulminans and symmetrical peripheral gangrene caused by *Capnocytophaga canimorsus* (formerly DF-2) septicemia. A complication of dog bite. Medicine 1991; 70:287-92.
3. Pers C, Gahrn-Hansen B, Frederiksen W. *Capnocytophaga canimorsus* septicemia in Denmark, 1982-1995: review of 39 cases. Clin Infect Dis 1996;23:71-5.
4. Le Moal G, Landron C, Grollier G, Robert R, Burucoa C. Meningitis due to *Capnocytophaga canimorsus* after receipt of a dog bite: case report and review of the literature. Clin Infect Dis 2003;36:e42-6.
5. Gómez-Huelgas R, Porras J, Viciano P, San Román C, Martínez C, Miranda C. Sepsis fulminante por DF2. Med Clin (Barc) 1988;91:744-6.
6. Sistiaga F, Gutiérrez-Stampa MA, Mateu J, Bujanda L. Sepsis fulminante por *Capnocytophaga canimorsus* tras mordedura de perro. Med Clin (Barc) 1998;111:76.
7. Mendioroz M, Moreno F, Martí I, Valiente A, Urtasun M, Martí-Massó JF. Meningitis por *Capnocytophaga canimorsus* tras mordedura de perro. Rev Neurol 2002;35:900.
8. Pedersen G, Schonheyder HC, Nielsen LC. *Capnocytophaga canimorsus* bacteraemia demonstrated by a positive blood smear. A case report. APMIS 1993;101:572-4.