

2. Haviv R, Capua M, Amir J, Harel L. Cutaneous polyarteritis nodosa successfully treated with topical diflucortolone valerate: A case report and review of the literature. *Pediatr Rheumatol Online J*. 2014;12:46.
3. Morgan JA, Schwartz RA. Cutaneous polyarteritis nodosa: A comprehensive review. *Int J Dermatol*. 2010;49:750–6.
4. Pulido-Pérez A, Avilés-Izquierdo JA, Suárez-Fernández R. Vasculitis cutáneas. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:179–91.
5. Matteoda MA, Stefano PC, Bocián M, Katsicas MM, Sala J, Cervini AB. Cutaneous polyarteritis nodosa. *An Bras Dermatol*. 2105; 90 (3 Suppl 1): S188-190.
6. Díez-Picazo L, Yebra M, Mellor S, Suárez E. Hepatitis C y poliarteritis nodosa cutánea. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:278.
7. De Virgilio A, Greco A, Magliulo G, Gallo A, Ruoppolo G, Conte M, et al. Polyarteritis nodosa: A contemporary overview. *Autoimmun Rev*. 2016;15:564–70.
8. López-Villaescusa MT, Pérez-García LJ, Martínez-Martínez ML, Faura-Berruga C. Un paciente con vasculitis livedoide. *Semerger*. 2013;39:340–1.
9. Canales Reina J, Bethencourt Guimerá R. Vasculitis leucocitoclástica. *Form Med Contin Aten Prim*. 2008;15:304–5.

M. Dorado-Fernández^{a,*}, C. Brufau-Redondo^a,
F. Pastor-Quirante^b, J. Ruiz-Martínez^a
y J. Hernández-Gil Sánchez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariadorado28@gmail.com
(M. Dorado-Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2016.07.011>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Celulitis por *Pasteurella multocida* tras mordedura de gato y posterior eritema nudoso



Pasteurella multocida cellulitis after cat bite and subsequent erythema nodosum

En la actualidad, son muchas las personas que disponen de mascotas y animales de compañía, y cada vez son más frecuentes las lesiones accidentales producidas por ellos, en especial los arañazos y mordeduras. La mordedura por gato puede causar la infección local de la piel y tejido subcutáneo por *Pasteurella multocida*, que ocasionalmente puede complicarse con enfermedades en otras localizaciones, alguna de ellas potencialmente mortales, en especial si se producen en pacientes con enfermedades crónicas y comorbilidad^{1,2}.

Presentamos el caso de una celulitis por *Pasteurella multocida* tras mordedura de un gato, que posteriormente desarrolló una paniculitis (eritema nudoso).

Se trata de una mujer de 33 años, sin antecedentes de interés, que acude a nuestro centro tras mordedura de gato en pierna izquierda 3 días antes y tras haber comenzado tratamiento 24 h antes con amoxicilina/clavulánico 500 mg/8 h por empeoramiento de las heridas. Presenta 4 lesiones incisas en las que se aprecian bordes esfacelados de color ligeramente verdoso, con evidentes signos de infección, piel perilesional eritematosa, inflamada, caliente al tacto y con exudado purulento (fig. 1). No se aprecian adenopatías locales ni regionales. No tenía fiebre. Se obtiene cultivo y se mantiene el tratamiento aumentando la dosis de amoxicilina/clavulánico a 1.000/62,5 mg/12 h. Se realizó cura con plata para reducir la carga bacteriana y se cubrió con apósito semi-oclusivo para mantener cura húmeda y fomentar el desbridamiento autolítico³. En el cultivo crece *Pasteurella multocida* sensible a amoxicilina/clavulánico. A los 10 días, finalizado el tratamiento, refiere la aparición de nódulos subcutáneos dolorosos y enrojecidos en glúteo derecho y antebrazo izquierdo con resolución espontánea. Cuando se

exploran no se aprecian nódulos salvo leves acúmulos de lo que parece grasa subcutánea. Se decide entonces ver evolución. A los 3 meses acude refiriendo que ha continuado la aparición de nuevos nódulos subcutáneos en zona pretibial de ambas piernas y antebrazos que desaparecen tras unos días, dejando una coloración marrón-violácea en la zona donde han estado. La exploración confirma nódulos subcutáneos pretibiales compatibles con eritema nudoso (fig. 2).

La exploración física fue totalmente normal, salvo las lesiones cutáneas pretibiales. Análítica con hemograma normal (hematíes $4,55 \times 10^6$, leucocitos $8,02 \times 10^3$ con fórmula normal, plaquetas 349×10^3 , VS 8 mm/h. Bioquímica (glucosa, creatinina, Ac. úrico, colesterol total, triglicéridos, proteínas totales, bilirrubina total, ALT, AST, GGT, fosfatasa alcalina, sodio, potasio, cloro, hierro y ferritina) totalmente normal. PCR 1,41 mg/l, factor reumatoide < 10,6 UI/l, proteinograma normal, ANA negativos. Serología a hepatitis B, hepatitis C, VIH, sífilis, citomegalovirus y toxoplasma: negativos. Mononucleosis: Ac VCA IgM negativo, Ac EBNA+, Mantoux negativo. Radiografía de tórax: normal (no existe ningún dato que pueda sugerir la presencia de sarcoidosis).

Aunque no tenemos confirmación histológica, las lesiones cutáneas son clínicamente compatibles con eritema nudoso y tras los resultados asumimos su posible relación con la infección previa por *Pasteurella multocida*.

Tras una herida por mordedura de gato o perro pueden aparecer celulitis y abscesos⁴, y no es infrecuente que sean debidas a *Pasteurella multocida*. Este germen forma parte de la flora orofaríngea habitual de los perros y, especialmente los gatos (presente en más del 90%) y se transmite a los humanos a través de mordeduras, lametones o arañazos, aunque también se transmite por gotículas que son inhaladas a través del tracto respiratorio. Tras la mordedura e infección local se produce una celulitis que suele ser de aparición precoz (3-6 h tras la mordedura) lo que la diferencia de aquellas producidas por *Streptococcus* sp o *Staphylococcus* sp que aparecen a las 24-48 h. Aunque la infección por *Pasteurella* está descrita como causa de eritema nudoso



Figura 1 Herida por mordedura de gato.



Figura 2 Eritema nudoso en zona pretibial.

(*Pasteurella pseudotuberculosis*), no hemos encontrado ninguna publicación, tras la búsqueda exhaustiva en Medline, que lo relacione con la especie *Pasteurella multocida*.

El eritema nudoso es una paniculitis septal sin vasculitis, caracterizada por la aparición de nódulos generalmente en extremidades y más en zona pretibial. Los nódulos son blandos, dolorosos, rojos y calientes, rodeados de placas inflamatorias de aspecto erisipeloides que aparecen en la cara anterior de las piernas y que suelen persistir semanas en forma de brotes. Cuando la causa es infecciosa aparecen a las 2-4 semanas de la infección. Las principales etiologías infecciosas son *Streptococcus*, primoinfección TBC, lepra, mononucleosis, arañazo de gato, linfogranuloma, *Yersinias*, dermatofitosis y micosis profundas. También aparece asociado a sarcoidosis, colitis ulcerosa, linfomas, enfermedad de Behçet, como reacción paraneoplásica y tras la toma de determinados medicamentos.

La infección por *Pasteurella* también se ha relacionado con infecciones articulares con osteomielitis y artritis séptica⁵, meningitis⁶, peritonitis⁷, sepsis^{8,9}, neumonías y abscesos pulmonares, endocarditis y taponamiento cardíaco¹⁰, siendo en algunos casos causa de muerte. Las complicaciones son más graves y severas en pacientes que presentan enfermedades crónicas y comorbilidad.

Aunque no hay ningún factor predictivo que nos indique quien desarrollará la infección tras una mordedura, en casos seleccionados (pacientes con enfermedades crónicas que puedan descompensarse fácilmente tras la infección en caso de diseminación) puede estar indicada la profilaxis antibiótica con amoxicilina/clavulánico durante 3-5 días⁴.

En pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidades severas, la infección local por *Pasteurella multocida*, tras la

mordedura de animales de compañía, supone un gran riesgo. La posible bacteriemia y diversas complicaciones graves han demostrado un sustancial aumento de la mortalidad². Aunque hay que valorar en cada caso el posible efecto beneficioso de la compañía de una mascota, no resulta descabellado como indican algunos autores², recomendar a estos pacientes evitar el contacto con perros y en especial con gatos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Autorías

Todos los autores han participado en:

1. Concepción y diseño del manuscrito
2. Recogida de datos
3. Análisis e interpretación de los datos
4. Redacción, revisión y aprobación del manuscrito remitido

Bibliografía

1. Wilson BA, Ho M. *Pasteurella multocida*: From zoonosis to cellular microbiology. *Clin Microbiol Rev.* 2013;26:631-55.
2. Giordano A, Dincman T, Clyburn BE, Steed LL, Rockey DC. Clinical features and outcomes of *Pasteurella multocida* infection. *Medicine (Baltimore).* 2015;94:2-7.
3. López Pérez J, Rodríguez Borbolla FJ. Conceptos generales sobre traumatismos. En: López Pérez J, Rodríguez Borbolla FJ, editores. *Manual de atención enfermera en heridas y suturas.* Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2003. p. 11-28.
4. Alpaz Y, Korkmaz P, Çevik F, Aykin N. An abscess due to *Pasteurella multocida* after a cat scratch: Case report and evaluation of antibiotic prophylaxis. *J Microbiol Infect Dis.* 2014;4: 159-61.
5. Lam PW, Andrea V, Page AV. *Pasteurella multocida* non-native joint infection after a dog lick: A case report describing a complicated two-stage revision and a comprehensive review of the literature. *Can J Infect Dis Med Microbiol.* 2015;26: 212-7.
6. Armstrong GR, Sen RA, Wilkinson J. *Pasteurella multocida* meningitis in an adult: Case report. *J Clin Pathol.* 2000;53:234-5.
7. Kim I, Kim YW, Chung S, Yoon HE, Shin SJ. Cat-induced *Pasteurella multocida* peritonitis in continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Kidney Res Clin Pract.* 2014;33:65-7.
8. Borges L, Oliveira N, Cássio I, Costa H. Sepsis-induced purpura fulminans caused by *Pasteurella multocida*. *BMJ Case Rep.* 2014;2014. pii: bcr2013202441.

9. Narsana N, Farhat F. Septic shock due to *Pasteurella multocida* bacteremia: A case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:159.
10. Al-Allaf AK, Harvey TC, Cunnington AR. Pericardial tamponade caused by *Pasteurella multocida* infection after a cat bite. *Postgrad Med J.* 2001;77:199-200.

J. Morera Montes^{a,*}, M.J. Lucena Martín^a,
V. Morera Navarro^b y M. Gómez García^a

^a *Medicina Familiar, Centro de Salud Mirasierra, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España*

^b *Enfermería, Hospital General de Villalba, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Madrid, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: joaqmorera@telefonica.net
(J. Morera Montes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.07.010>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hematoma de úvula como síntoma guía de síndrome mielodisplásico



Uvula hematoma as a guide symptom of myelodysplastic syndrome

Introducción

El síndrome mielodisplásico (SMD) es una enfermedad hematológica, que consiste en una inefectiva hematopoyesis y morfología celular, que produce citopenias y anomalías en las células sanguíneas¹. Constituye, en la población adulta, una de las enfermedades adquiridas más frecuentes, causadas por fallo en el funcionamiento de la médula ósea². Su diagnóstico puede ser casual tras la realización de un control analítico, aunque puede ser también debido al hallazgo de signos en la exploración física como hematomas³. A propósito de un caso de una mujer que acude a la consulta de atención primaria por un hematoma a nivel de la úvula vamos a realizar una breve revisión de esta enfermedad.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 88 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus insulino dependiente e hipotiroidismo. No otros antecedentes de interés salvo controles analíticos previos en donde se objetivaba trombocitopenia leve mantenida. Acude a la consulta por cuadro de odinofagia de 2 semanas de evolución y aparición de un hematoma a nivel de la úvula. A la exploración física, la paciente presentaba palidez de piel y mucosas. La auscultación cardiaca y pulmonar no presentaba alteraciones. A nivel abdominal no se apreciaban visceromegalias ni otras alteraciones relevantes. A nivel de extremidades superiores presentaba petequias con hematomas aislados en diferentes fases evolutivas que la paciente atribuida a traumatismos leves repetidos. No se apreciaban adenopatías a nivel cervical. A nivel orofaríngeo destacaba edematización de la úvula con hematoma generalizado con zonas aisladas de necrosis (fig. 1). No se objetivaron alteraciones a nivel del paladar blando y pilares anteriores. No otras alteraciones relevantes.

Ante los signos físicos observados, se realizó un estudio analítico donde no se apreciaron alteraciones bioquímicas. En el hemograma destacaba una discreta anemia macrocítica (hemoglobina de 9,9 g/dl con un volumen corpuscular medio de 103,4 fl) con valores de vitamina B₁₂ y ácido fólico normales, sin alteraciones en la serie blanca y una trombocitopenia muy severa (2.000 plaquetas/mm³). Dados los resultados analíticos, se decidió proseguir el estudio de la trombocitopenia de forma hospitalaria en el servicio de hematología del hospital de referencia. En el mismo, se realizó una ecografía abdominal donde no se objetivaron alteraciones relevantes. Se amplió el estudio de laboratorio solicitando un estudio de coagulación y anticoagulante lúpico que resultaron normales. Para el diagnóstico definitivo, se realizó un aspirado de médula ósea donde se confirmó el cuadro de SMD tipo citopenia refractaria con displasia multilineaje (SMD tipo CRDM) dada la displasia trilínea objetivada (más evidente en la serie megacariocítica y granulocítica que la eritroide). El valor de los blastos era inferior al 1%. Se inició tratamiento con corticoterapia para resolver la trombocitopenia, el cual fue refractario, por lo que fue necesaria la transfusión de plaquetas. Tras esto, se decidió alta hospitalaria con tratamiento de soporte consistente en transfusiones periódicas.

Discusión

El SMD es una enfermedad frecuente en la población de edad avanzada, aunque su prevalencia es difícil de valorar dado que, en muchas ocasiones, en este subtipo de población se realizan estudios etiológicos de las citopenias observadas en las pruebas analíticas⁴. En nuestro medio, la edad media de diagnóstico es a los 70 años³, y entre el 85-90% son de causa primaria debidas a alteraciones en la médula ósea relacionadas con la edad. El resto (10-15%) son secundarias a tratamientos tales como ciclofosfamidias o radiaciones ionizantes, las cuales generan alteraciones a nivel genético que favorecen el desarrollo de la enfermedad⁵. Sea cual sea la etiología del SMD, se caracteriza por tener niveles de blastos en médula ósea inferiores al 20% y la inestabilidad de la enfermedad, la cual puede evolucionar hacia otras enfermedades tales como la leucemia mieloide aguda³.

La alteración analítica más frecuente encontrada en estos pacientes es la anemia (con unos valores medios de 9,5 g/dl), la cual suele ser macrocítica (como en nuestro