

### Forma cutánea difusa de erisipeloide

Elena Vera, Miriam Corral, Marta Bergón, Eduardo López de Ayala y Carmen Vidaurrazaga

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

**Resumen.**—El erisipeloide es una infección ocupacional causada por *Erysipelothrix rhusiopathiae*. El organismo es ubicuo, pero el reservorio más común es el cerdo. Existen tres formas clínicas principales descritas en humanos: el erisipeloide, la forma cutánea difusa y la sistémica. Es importante considerar la posible existencia de endocarditis asociada.

Presentamos el caso de una forma cutánea difusa de erisipeloide en un varón de 63 años, ganadero, que presentaba lesiones cutáneas anulares en dorso de mano derecha y región dorsolumbar.

**Palabras clave:** erisipeloide, cerdo, endocarditis, *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

Vera E, Corral M, Bergón M, López de Ayala E, Vidaurrazaga C. Forma cutánea difusa de erisipeloide. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(8):563-5.

### DIFFUSE CUTANEOUS FORM OF ERYSIPELOID

**Abstract.**—Erysipeloid is an occupationally infection caused by *Erysipelothrix rhusiopathiae*. The organism is ubiquitous and the most common reservoir is the swine.

It is important the consideration of the possible existence of endocarditis associated.

Three clinical forms are described in humans: Erysipeloid, diffuse cutaneous and systemic form.

We report a case of cutaneous diffuse form of Erysipeloid.

It was a 63 years old farmer man with annular cutaneous lesions on back right hand and dorsolumbar region.

**Key words:** erysipeloide, swine, endocarditis, *Erysipelothrix rhusiopathiae*.

### INTRODUCCIÓN

El erisipeloide es una enfermedad infecciosa producida por *Erysipelothrix rhusiopathiae*, el cual provoca una lesión cutánea única localizada. De forma poco habitual, da lugar a sepsis y formas cutáneas difusas. La importancia de estas últimas reside en la capacidad de provocar endocarditis. Presentamos un caso de una forma cutánea difusa de erisipeloide.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 63 años de edad, ganadero, diagnosticado de leucemia linfática crónica (LLC) en estadio I y sin tratamiento actual, acudió por presentar una lesión cutánea en dorso de mano derecha con dolor y prurito de una semana de evolución. La lesión había ido creciendo centrífugamente de forma progresiva. No presentaba fiebre ni otra sintomatología asociada. El paciente lo relacionaba con la asistencia a un parto de un ternero, sin guantes, una semana antes del inicio del cuadro. Había realizado tratamiento con ácido fusídico tópico y prednisona 30 mg/ día durante 5 días sin mejoría.

A la exploración se observó una placa circinada eritematoviolácea de 10 cm de diámetro, con un borde elevado violáceo y centro pardusco que abarcaba todo el dorso de mano y muñeca derecha (fig. 1). El resto de la exploración física fue normal.



Fig. 1.—Placa eritematoviolácea con bordes bien delimitados y aclaramiento central en dorso de mano derecha.

#### Correspondencia:

Elena Vera. Avda. Torreón del Alcázar, 11, 5B.

13004 Ciudad Real. España.

Correo electrónico: everaigl@hotmail.com

Aceptado el 28 de julio de 2003.

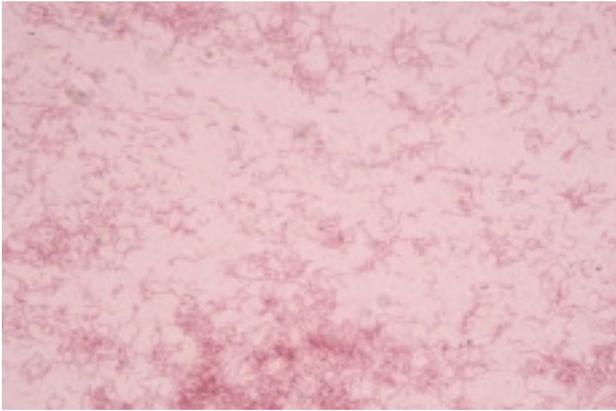


Fig. 2.—Agente etiológico: *Erysipelothrix rhusiopathiae*.



Fig. 3.—Placa de gran tamaño eritematosa a distancia localizada en espalda.

Los exámenes de laboratorio, incluidos hemograma, bioquímica, coagulación y serologías (VHC, VHB, VIH y sífilis) fueron normales excepto por una leucocitosis de 20.460/mm<sup>3</sup> con una linfocitosis del 78,3%, VSG de 35 mm/h y fibrinógeno de 575 mg/dl. Se realizó biopsia del borde activo de la lesión. El estudio anatomopatológico demostró la presencia de espongirosis, edema en dermis papilar, infiltrado inflamatorio difuso polimorfo constituido por neutrófilos, linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos.

El estudio microbiológico de un fragmento de la biopsia de piel fue negativo para hongos y micobacterias, pero evidenció crecimiento de *E. rhusiopathiae* (fig. 2).

El paciente acudió a revisión una semana más tarde, presentando una nueva lesión cutánea en espalda. Se trataba de una placa anular eritematosa, de aspecto veteadado, de bordes bien definidos, elevados, de color violáceo y aclaramiento central, de aproximadamente

30 cm de diámetro (fig. 3). En ningún momento el paciente presentó clínica sistémica asociada.

En este momento se realizó un hemocultivo y ecocardiograma, que resultaron normales, y se inició tratamiento con amoxicilina-ácido clavulánico 875 mg/ 8 h durante 7 días. Las lesiones, tanto de la mano como de la espalda, desaparecieron completamente en el transcurso de una semana. Después de un año de seguimiento no ha habido recidiva de las lesiones.

## DISCUSIÓN

El erisipeloide es una enfermedad infecciosa rara producida por *E. rhusiopathiae*<sup>1</sup>.

Koch fue el primero que aisló el microorganismo en 1876. Rosenbach, en 1909, lo aisló de lesiones cutáneas en humanos<sup>1</sup>. *Erysipelothrix* es un bacilo grampositivo, delgado, no esporulado, ubicuo. Pueden albergarlo gran variedad de especies animales: mamíferos domésticos (cerdo, oveja, cordero, etc.) y salvajes, peces, mariscos, aves de corral, etc. En la especie en la que se encuentra con mayor frecuencia es en el cerdo, y provoca la denominada «erisipela de los cerdos»; en segundo lugar, en el cordero. En el medio ambiente, el microorganismo se caracteriza por permanecer viable durante largos períodos de tiempo, lo que desempeña un papel importante en la epidemiología de la enfermedad<sup>2</sup>. La infección humana suele ocurrir por contacto directo con animales, sus secreciones, residuos o materia orgánica contaminados. Suele existir una puerta de entrada cutánea. La transmisión suele ser mediante fómites<sup>1</sup>. La aparición del cuadro está estrechamente relacionada con la ocupación; así, afecta a individuos que manejan animales o sus productos, como matarifes, carniceros, veterinarios, granjeros, pescadores, etc.

Se han descrito tres formas clínicas principales: la forma cutánea localizada o erisipeloide de Rosenbach, la forma cutánea difusa y la sistémica o septicémica.

La forma cutánea difusa, la cual padecía nuestro paciente, es rara, y representa uno de cada 100 o 500 casos de erisipeloide, según las estadísticas. Aparecen lesiones a distancia del punto de inoculación, que consisten en lesiones anulares eritematosas con borde de crecimiento rosado y resolución central. Son más frecuentes los síntomas sistémicos como fiebre, mal estado general, artralgias, mialgias, cefaleas, etc. Los hemocultivos son negativos. Sigue un curso autorresolutivo, aunque más prolongado y con mayor número de recurrencias que el erisipeloide. Sin embargo, debe descartarse en estos pacientes la presencia de endocarditis, que se observa en hasta un 90% de los pacientes con la forma sistémica o septicémica<sup>3,4</sup>.

Otras formas de presentación que se han documentado recientemente son poliartralgias y fallo renal, peritonitis, artritis séptica, etc.<sup>5</sup>.

El tratamiento de elección es la penicilina; también muestra sensibilidad a cefalosporinas, clindamicina, eritromicina, ciprofloxacino e imipenem. El germen es resistente a aminoglucósidos, vancomicina, sulfamidas, trimetoprima-sulfametoxazol, teicoplanina, y muestra una sensibilidad variable a tetraciclinas y cloranfenicol<sup>2</sup>.

El erisipeloide puede ser tratado de forma eficaz con penicilina oral, pero se debe usar la vía parenteral en formas más graves (a dosis altas durante semanas).

Creemos que nuestro paciente padeció una forma cutánea difusa de erisipeloide, por la presencia de lesiones cutáneas típicas a distancia, la ausencia de clínica sistémica asociada, los hemocultivos negativos y el ecocardiograma normal. No descartamos que, en nuestro paciente hayan podido favorecer el desarrollo de esta forma de erisipeloide.

## 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. Gorby GL, Peacock JE. *Erysipelothrix rhusiopathiae* endocarditis: Microbiologic, and clinical features of an occupational disease. Rev Infect Dis 1988;10:317-25.
3. Shimoji Y. Pathogenicity of *Erysipelothrix rhusiopathiae*: virulence factors and protective immunity. Microb Infect 2000; 2:965-72.
4. Clyti E, Claudel P, Gautier C, Geniaux M. Manifestations cutanées d'une maladie du rouget du porc septicémique. Ann Dermatol Venereol 1998;125:196-8.
5. Freland C. Les infestions a *Erysipelothrix rhusiopathiae*. Path Biol 1977; 25:345-52.